

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE^{No} 421

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

AUGUSTE DEGUILLAUME

Né à Eymoutiers (Haute-Vienne), le 20 septembre 1884.

SYMPTOMES D'OBSTRUCTION BILIAIRE

DANS LES AFFECTIONS CHIRURGICALES DU REIN DROIT

(REIN MOBILE ET HYDRONEPHROSE)

Président : M. POZZI, professeur.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement Medical*

SARTROUVILLE

IMPRIMERIE DU PROGRÈS, A. FÉLIX

17, Avenue de la Gare, 17

1911

LIBRE
421

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

121



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1911

THÈSE ^{N°}

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

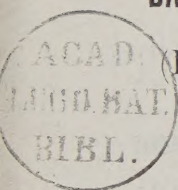
PAR

AUGUSTE DEGUILLAUME

Né à Eymoutiers (Haute-Vienne), le 20 septembre 1884.

SYMPTOMES D'OBSTRUCTION BILIAIRE

DANS LES AFFECTIONS CHIRURGICALES DU REIN DROIT



(REIN MOBILE ET HYDRONEPHROSE)

Président : M. POZZI, professeur.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement Médical

SARTROUVILLE

IMPRIMERIE DU PROGRÈS, A. FÉLIX

17, Avenue de la Gare, 17

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicinale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	VIDAL
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale.	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale.	(GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale	(QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
	BAR
Clinique d'accouchement	(PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

MM.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBPEDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE. A MA MÈRE

*Témoignage d'affection et de profonde
reconnaissance.*

A MES FRÈRES

A MES SOEURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR POZZI

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Au début de notre travail, nous tenons à remercier tous les maîtres éminents qui ont contribué par leur enseignement et leurs conseils à faire notre éducation médicale.

Nos sentiments de gratitude s'adressent d'abord à nos maîtres de l'École de Médecine de Limoges. Monsieur le Professeur Raymond, sénateur de la Haute-Vienne, pour le bienveillant intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner au cours de nos études. Nous garderons le meilleur souvenir des précieuses leçons de MM. Thouvenet, Vouzelle, Descazals.

Qu'il nous soit permis de remercier les éminents chefs de service chez lesquels nous avons eu l'honneur de faire nos stages.

Monsieur le professeur Robin.

Monsieur le professeur agrégé Lenormant (service de M. le professeur Albarran).

Monsieur le professeur Pinard.

Monsieur le professeur agrégé Legueu, chirurgien de l'hôpital Laennec, a bien voulu nous admettre dans son service et nous communiquer une observation. Nous le prions d'agréer nos bien sincères remerciements

Monsieur le docteur Papin, assistant d'urologie à

l'hôpital Laennec, a bien voulu nous confier ce travail, nous aider de ses précieux conseils et nous donner tous les renseignements utiles sur notre sujet ; il a surveillé chaque ligne de notre travail ; il nous a communiqué les planches contenues dans notre thèse. Peut-être avons-nous abusé de son temps et de sa bienveillance ; qu'il reçoive ici l'expression sincère de notre profonde reconnaissance.

Monsieur la professeur Pozzi a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous lui adressons nos respectueux remerciements.

INTRODUCTION

Nous nous proposons d'étudier dans ce travail, certains symptômes dus à la compression ou au tiraillement des voies biliaires, au cours d'affections chirurgicales bénignes du rein droit. Ces symptômes consistent principalement dans l'ictère et le subictère survenant par crises ou persistant ; mais l'ictère peut manquer et les symptômes hépatiques être réduits aux coliques hépatiques, à la décoloration des matières, où à la présence d'une tumeur faisant saillie en avant sous le foie et paraissant être la vésicule biliaire.

Naturellement nous laissons de côté les cas bien connus d'ictère dans les affections graves du rein droit, comme le cancer du rein, le gros rein polikystique, et en général toutes les grosses tumeurs du rein. Il s'agit

alors d'un fait banal de compression par la tumeur ou par les ganglions. Ce sont là des faits bien connus et qui n'ont guère d'intérêt clinique, l'affection rénale étant ici nettement au premier plan.

Dans ces cas qui nous restent à considérer, il faut faire deux parties bien distinctes :

1° Dans certains cas il y a deux affections connexes sans qu'on puisse déterminer s'il existe entre elles une relation de cause à effet ; d'une part il existe un rein mobile ou une hydronéphrose, d'autre part il existe une lithiasé biliaire à laquelle doivent être rapportés tous les symptômes hépatiques observés.

2° Dans d'autres cas, au contraire, le rein mobile ou l'hydronéphrose paraissent seuls en cause et les phénomènes hépatiques doivent être rapportés à une occlusion des voies biliaires avec rétention dont la cause paraît être le rein mobile ou l'hydronéphrose par un mécanisme que nous nous efforcerons d'expliquer.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Cette étude n'est pas absolument nouvelle ; mais si l'on recherche dans les ouvrages classiques, on trouve que les rapports du rein mobile ou de l'hydronéphrose avec l'ictère sont en général passés sous silence, ou très brièvement mentionnés. C'est ainsi que dans les traités classiques de chirurgie rénale, tant français qu'étrangers, c'est à peine si l'on fait allusion à ces symptômes dans le chapitre qui traite du rein mobile. Cependant un certain nombre d'auteurs ont déjà attiré l'attention sur ce point, et nous rappellerons les plus importants de ces travaux.

La plus ancienne observation que nous trouvons signalée et dont nous n'avons pas pu trouver l'original est celle de Brochin en 1854. Cet auteur rapporte un cas d'ictère par compression du cholédoque, dû à un rein mobile. En 1875 Teissier en rapporte une nouvelle observation.

Landau, en 1883, dans son travail sur le rein mobile chez la femme, signale l'ictère dans le rein mobile

et le considère dû à une inflammation catarrhale consécutive à la compression du duodenum. En 1889 Litten rapporte également un cas d'ictère par compression des voies biliaires par le rein droit ; il remarque que cet ictère est ordinairement fugitif et disparaît facilement quand le malade garde la position horizontale.

Weisker (1888) a consacré un mémoire assez important aux rapports de l'ictère avec le rein mobile et la lithiase biliaire ; il a étudié au point de vue anatomique les rapports avec le rein et sa capsule fibreuse d'une part et les voies biliaires d'autre part ; il décrit avec assez de précision le péritoine compliqué de cette région qui présente de nombreuses variations ; il attribue avec juste raison, comme nous le verrons tout à l'heure, une grande importance au ligament hépato-rénal, qui dans la chute du rein tirerait le canal cystique. Weisker admet une relation de cause à effet entre le rein mobile et la lithiase biliaire et il pense que la formation des calculs est secondaire à l'obstruction des voies biliaires par le rein mobile. Cette théorie a été acceptée par Roux, de Lausanne, qui en 1890 a publié un cas d'ictère dans le rein mobile mais avec lithiase.

Il faut citer encore les observations de Hale White (1892), Guëtié (1895), Morris (1895), Schwartz (1896), Fenwick (1899).

Enfin, en 1900, Mac Lagan et Treves donnent une étude basée sur trois observations personnelles et nous arrivons au travail le plus important qui ait été publié sur cette question. C'est celui de Marwedel paru en

1902 dans le *Beitrag Zur Klin chirurgie de Brunz*. Marwedel a exposé assez clairement la question et rapporté la plupart des observations qui avaient été publiées antérieurement.

Depuis cette époque d'autres cas isolés ont été publiés de côté et d'autres. Le seul travail important est celui de Gallant en 1905 qui rapporte dix cas. Newman dans son ouvrage sur les ectopies rénales parle également de l'ictère dans le rein mobile.

Nous avons recueilli toutes les observations que nous avons pu trouver sur ce sujet et nous rapportons deux observations originales, ce qui porte le nombre de nos cas à 50.

CHAPITRE II

ÉTUDE ANATOMIQUE

Pour comprendre comment le rein mobile peut comprimer ou déplacer les voies biliaires en y déterminant de l'obstruction, il est nécessaire tout d'abord de savoir quels sont exactement les rapports qui existent entre l'appareil excréteur de la bile et la glande rénale. Ces rapports ont rarement été envisagés d'une façon spéciale justement parce que les relations pathologiques entre ces deux organes sont encore mal connues.

L'appareil biliaire extra-hépatique se compose de deux parties : les voies biliaires principales constituées par le canal hépatique auquel fait suite le canal cholédoque et les voies biliaires accessoires formées par la vésicule biliaire et le canal cystique. Envisageons successivement quels sont les rapports de ces différentes parties avec la face antérieure et le bord interne du rein.

1° Les voies biliaires principales n'ont aucun rapport immédiat avec la glande rénale. Le canal hépatique est presque entièrement caché dans le hile du foie ;

il chemine sur la face antérieure du lobe de Spiegel qui le sépare du rein, et il est encore tenu à distance de cet organe par la grosse veine cave et par la partie interne de la capsule surrénale droite. Ces rapports sont faciles à reconnaître, si l'on considère les organes en place, vus par leur face postérieure comme ils sont représentés dans la figure ci-contre d'après les moulages de His.

Le canal cholédoque ne présente lui non plus aucun rapport intime avec la face antérieure ou le bord interne du rein ; il en reste toujours à une distance plus ou moins éloignée. Ces rapports ont été envisagés par Viard dans son travail sur l'anatomie topographique du cholédoque. En effet, certains chirurgiens, notamment Tuffier et Poirier, avaient cherché à aborder le canal cholédoque par la voie lombaire. Mais Poirier et Viard ont montré que la recherche du canal par cette voie était rendu à peu près impossible par la présence de la veine cave qui s'interpose entre le rein et la face postérieure du canal cholédoque.

En effet, bien que les rapports de la deuxième portion du duodénum avec la face antérieure du rein présentent certaines variations, et que le duodenum soit tantôt en partie pré-rénal tantôt entièrement para-rénal, même quand il occupe sa situation la plus externe, jamais le canal cholédoque ne vient en rapport direct avec le rein, lorsque celui-ci est en situation normale. De plus il faut remarquer que la portion du cholédoque la plus bas située s'enfonce dans l'épaisseur du Pancréas

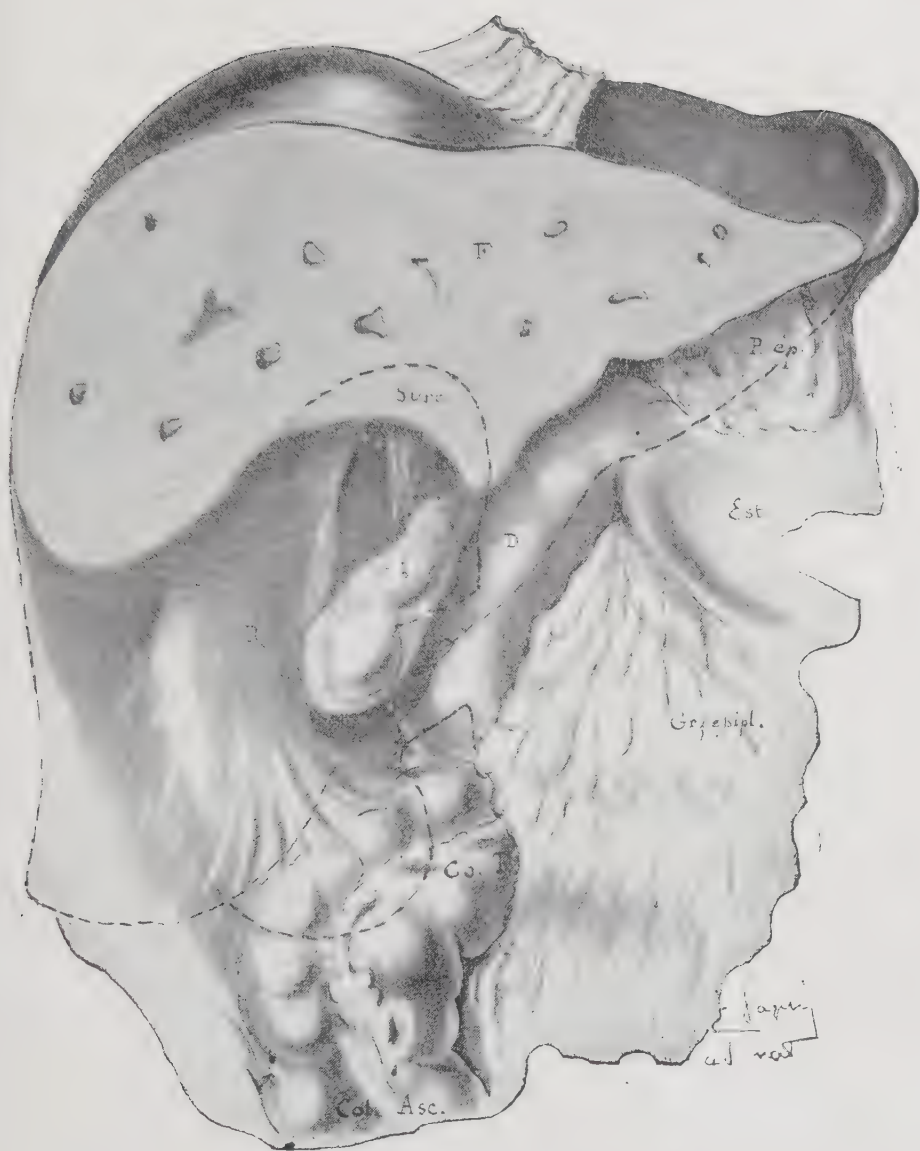
qui lui présente une gouttière dont les deux lèvres se rabattent sur lui.

En résumé, nous voyons qu'il n'existe aucun rapport direct entre les voies biliaires principales et le Rein.

2^o Les voies biliaires accessoires vésicule et canal cystique sont toujours, dans l'état normal, séparées de la face antérieure du rein par un double feuillet péritonéal. Le feuillet pré-rénal d'une part, le péritoine sous-hépatique et le feuillet postérieur du petit épiploon d'autre part. Les rapports entre ces deux organes ne peuvent donc être qu'indirects par l'intermédiaire de deux feuillets péritonéaux.

Cependant les rapports entre la vésicule biliaire et le rein n'en sont pas moins intimes : la vésicule biliaire se dirige d'avant en arrière, de bas en haut et de droite à gauche ; elle vient toucher en avant la paroi abdominale antérieure au niveau de l'échancrure cystique et en arrière, par son col elle pénètre profondément dans le hile du foie. La vésicule forme ainsi avec la face antérieure du rein un angle dièdre à sinus inférieur, dans lequel viennent se loger en avant l'angle hépatique du colon transverse, en arrière la terminaison de la première portion et le commencement de la deuxième portion du duodenum. Ce sont là les rapports normaux de la vésicule biliaire. Mais il arrive fréquemment que le colon transverse est plus ou moins abaissé et que la vésicule biliaire vient se mettre en contact sur une hauteur plus ou moins grande avec la face antérieure du rein droit (Cruveilhier-Charpy).

Quant au canal cystique il affecte les mêmes rapports



Rapports des reins et de la vésicule biliaire.

avec le rein que le col de la vésicule biliaire ; il est donc séparé de cet organe par la partie la plus inférieure du lobe de Spigel et par la veine cave.

En résumé nous voyons que normalement les rapports les plus intimes avec le rein sont ceux que contracte la vésicule biliaire.

Mais il nous reste encore à considérer des points extrêmement importants et qui auront au point de vue de la pathogénie des accidents hépatiques dans le rein mobile une importance de premier ordre. Ce sont :

1° Les rapports du pédicule du rein droit avec les voies biliaires ;

2° La disposition des ligaments peritonéaux dans la région hépato-rénale.

I. — RAPPORT DU PEDICULE DU REIN DROIT AVEC LE CANAL CHOLÉDOQUE.

Si nous considérons les figures données par Farabeuf pour les rapports des reins, ou celles qui ont été dessinées d'après les moulages de His, nous voyons que le pédicule du rein droit rentre en rapport intime avec le canal cholédoque. Ce pédicule est constitué normalement par une veine et une artère. La veine est courte et se jette presque immédiatement dans la veine cave de telle sorte qu'elle n'entre pas en rapport avec le pédicule du rein.

Il n'en est pas de même de l'artère qui continue son trajet et peut rentrer dans certain cas en rapports très intimes avec la face postérieure du cholédoque. Il est vrai que dans la majorité des cas l'artère rénale droite partie de l'aorte, passe derrière la veine cave inférieure pour atteindre le rein ; mais il arrive assez souvent que cette artère a un trajet anormal et passe devant la veine cave ; il n'est pas rare non plus de voir des artères rénales multiples l'une passant derrière, l'autre devant la veine cave. Ainsi l'artère rénale peut donc croiser de façon immédiate la face postérieure du cholédoque et elle peut l'atteindre suivant les cas, soit avant qu'elle n'ait pénétré dans le Pancréas, soit au niveau de sa portion pancréatique.

En tout cas ces rapports anatomiques montrent bien la possibilité de la compression du canal cholédoque par le pédicule du rein droit, et nous verrons que le fait a été constaté et signalé dans un certain nombre de nos observations.

II. — DISPOSITION DU PÉRITOINE DE LA RÉGION HEPATORÉNALE.

Nous avons vu que normalement le rein est séparé de la vésicule biliaire et du canal cystique par un double feuillet péritonéal. Mais on observe assez souvent dans la région sous hépatique certains ligaments anormaux

dont la disposition vient changer complètement ces rapports. Tout d'abord on peut voir le bord externe ou bord droit du petit épiploon qui s'arrête normalement au col de la vésicule biliaire, prolonger son insertion en dehors et atteindre parfois le fond de la vésicule ; l'insertion inférieure est également reportée en dehors et au lieu de s'arrêter au niveau de la première portion du duodenum elle se prolonge en bas jusque sur le grand épiploon, formant ainsi un ligament cystico-duodeno-epiploïque, ou presque sur l'angle colique formant ainsi un ligament cystico-duodeno-colique.

D'autre part on sait que normalement il existe un repli péritonéal entre le rein et le foie, situé un peu en dehors de la veine cave inférieure et qu'on appelle le ligament hépato-rénal antérieur, par opposition au petit ligament hépato-rénal postérieur qui est situé en dehors de la région. Or ce ligament hépato-rénal antérieur peut prendre parfois un développement considérable et se prolonger en bas, sur toute la face antérieure du rein où on le voit souvent se continuer avec un autre repli péritonéal qui rattache l'angle colique droit au rein sous le nom de ligament réno-colique. Lorsque ces ligaments hépato-rénal et réno-colique sont bien développés, ils se continuent en un seul repli à concavité antérieure qui est le ligament hépato-réno-colique. Ce ligament hépato-réno-colique d'une part, et le ligament cystico duodeno-colique d'autre part, lorsqu'ils sont développés en même temps, circonscrivent une sorte d'orifice qui laisse pénétrer dans la cavité en entonnoir au fond de laquelle se trouve l'hiatus de Winslow, c'est ce que Hansen et

Censert ont appelé l'entonnoir pré-vestibulaire. Or ces différentes formations péritonéales qui sont congénitales et dues à un processus d'accolement exagérés rendent indirectement solidaires les différents organes de la région et les déplacements du rein ou du colon retentiront d'un organe sur l'autre et entraîneront même dans leurs déplacements les voies biliaires qui se trouvent prises dans cette enveloppe péritonéales.

Il faut ajouter qu'à ces dispositions anormales mais congénitales peuvent se joindre des processus pathologiques qui agiront dans la région sous-hépatique à la suite d'inflammation quelconque : rénale, hépatique, intestinale ou autre pour créer des adhérences entre ces différents organes, adhérences qui produiront les mêmes phénomènes que les ligaments anormaux congénitaux.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant de discuter les différentes théories pathogéniques qui peuvent expliquer la rétention biliaire au cours du rein mobile et de l'hydronéphrose, voyons d'abord quelles sont les constatations anatomo-pathologiques qui ont été faites par les différents auteurs au cours des opérations qu'ils ont pratiquées.

Voici tout d'abord une première série de cas dans lesquels il y avait rein mobile avec ictère sans calcul biliaires. Dans le cas de M. Tinker (observ. I), le rein droit formait une tumeur dure qui pressait sur le pylore et les voies biliaires. La vésicule biliaire était distendue. Dans un deuxième cas de Tinker, il fallut rompre des adhérences au niveau du pylore et du rein droit ; celui-ci était dévié vers la ligne médiane et comprimait le duodenum, le pylore et les canaux biliaires. Cordier (obs. I) constate que le pédicule du rein droit mobile obstruait partiellement les voies biliaires. Dans le cas d'Hutchinson (obs. I), la vésicule biliaire était ratatinée et située au-dessous d'une languette hépatique ; le colon et le

duodenum étaient adhérent à la face inférieure du foie, mais le rein droit n'avait contracté aucune adhérence. Observ. II de Hutchinson, le rein était très mobile et venait en contact avec la paroi antérieure de l'abdomen ; mais le vésicule et les canaux biliaires étaient normaux. Hartung trouve la vésicule adhérente au colon, le rein était mobile. Dans un cas de Mac Lagan (observ. II) le rein droit était complètement couché et son extrémité supérieure appuyait sur le canal cystique ; on était obligé de le déplacer pour examiner les canaux biliaires, la vésicule était augmentée de quatre fois son volume. Teissier, le rein faisait saillie au-dessous et en avant du bord antérieur du foie et comprimait le canal cholédoque qui était d'ailleurs perméable jusqu'à l'intestin ; la vésicule biliaire était ratatinée et flasque et le foie volumineux. Dans le cas de Fenwick le rein comprimait la vésicule et les canaux biliaires. Lindner (observ. III), la laparatomie montra que le rein, bien que mobile, ne pouvait être amené à proximité du canal cholédoque. Dans l'observation IV, le rein était fixé par des adhérences à la face inférieure du foie, au niveau de la vésicule et on ne pouvait le déplacer.

La 2^{me} série d'observations est beaucoup moins intéressante ; elle comprend les cas où le rein mobile était accompagné de calculs biliaires.

Dans le cas de Schwartz la vésicule était augmentée de volume et contenait six calculs. Le rein avait été fixé dans une intervention précédente. On trouva une autre fois le rein en ectopie iliaque et la vésicule biliaire était obtruée par un calcul enclavé dans le canal cystique

(Morris, observ. I). Du même auteur (observ. II), la vésicule biliaire reposait sur le rein droit mobile et elle contenait plusieurs petits calculs. Dans deux cas de Marwedel le rein droit mobile était en contact avec la vésicule biliaire qui était bourrée de calculs. Dans le cas de Tirchendorff le rein lui était uni par des adhérences au canal cystique qui contenait un calcul. Dans tous les autres cas, il y avait coexistence de calculs biliaires et d'un rein mobile sans que ce dernier paraisse être directement en cause.

Le dernier groupe d'observations comprend les cas d'hydronphrose avec ictère. Dans le cas de Holmes la vésicule n'était pas dilatée, bien que le rein droit très distendu vienne comprimer les voies biliaires. Furbringer trouve une grosse hydronéphrose ayant repoussé le colon et sans compression apparente des voies biliaires. Dans l'observation de M. Leguen, le rein comprimait les canaux biliaires, mais il n'y avait pas de tention de la vésicule, malgré l'ictéo très intense.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

Les rapports entre le rein mobile et l'obstruction biliaire sont démontrés de façon évidente par un certain nombre de faits cliniques et par les constatations nécropsiques et opératoires dont nous avons parlé dans le chapitre précédent. Il nous reste maintenant à rechercher l'explication de ces phénomènes.

Déjà, les auteurs qui se sont occupés de la question, ont proposé un certain nombre de théories pathogéniques dont aucune n'est peut-être satisfaisante pour tous les cas mais qui peuvent chacune s'appliquer à un certain nombre d'observations. On peut classer ces différentes théories de la façon suivante :

- 1° Compression directe des voies biliaires par le rein ;
- 2° Compression directe des voies biliaires par le pédicule du rein.
- 3° Compression indirecte des voies biliaires par l'intermédiaire du duodenum qui est lui-même directement comprimé par le rein.
- 4° Tiraillement des voies biliaires par l'intermédiaire

des ligaments péritonéaux insérés sur le rein d'une part et sur les voies biliaires d'autre part.

I. — COMPRESSION DES VOIES BILIAIRES PAR LE REIN.

Brochin et Litten pensaient qu'il y avait compression directe du canal cholédoque par le rein déplacé. Landau et Lindner ont montré qu'il est impossible d'admettre cette compression. En effet, nous avons déjà vu au chapitre de l'Anatomie que le rein n'est jamais en rapport direct avec le cholédoque qui est caché par la tête du Pancréas dans laquelle il s'enfonce et séparé du rein par toute la deuxième portion du duodenum. Jamais on ne voit le rein mobile décoller le duodenum et la tête du Pancréas pour glisser entre ces organes et la paroi abdominale. Ceci serait d'ailleurs contraire à tout ce que nous enseigne l'Anatomie. C'est donc seulement sur la portion sus-duodenale des voies biliaires que le rein peut exercer une pression directe, c'est-à-dire sur le canal cystique car le canal hépatique est trop éloigné et surtout sur la vésicule biliaire. Le rein mobile glisse ordinairement en bas de telle façon que son axe vertical devient oblique de haut en bas et de dehors en dedans. Potain, en 1890, avait attiré l'attention sur ce fait qu'il y avait souvent anteversion dans le rein mobile, c'est-à-dire que le pôle supérieur du rein basculait en avant et on arrivait à le sentir sous l'arcade costale. En réalité cette position doit être exceptionnelle et il peut se faire que le rein ainsi déplacé contracte dans cette région des adhérences avec les organes voisins et notamment avec

la vésicule biliaire et le canal cystique. Nous avons vu, en effet, dans le chapitre de l'Anatomie pathologique, que plusieurs observations signalent des adhérences entre le rein mobile et la face inférieure du foie. Certaines dispositions anatomiques peuvent venir favoriser ces rapports anormaux entre le rein et la vésicule biliaire. C'est ainsi qu'à l'état normal le colon transverse et l'angle sous-hépatique du colon s'interposent dans l'angle dièdre que forme la face antérieure du rein et la face inférieure de la vésicule biliaire. Or, il peut arriver que le colon soit en position basse ou bien qu'il existe un mesocolon allongé et mobile ou si l'on veut une absence d'accolement du mesocolon ascendant ; il en résulte que le colon ne vient plus s'interposer entre la vésicule biliaire et le rein, qui peuvent ainsi entrer directement en rapports l'un avec l'autre. La théorie de la compression directe des voies biliaires par le rein mobile peut s'appliquer avec plus de raison encore au rein augmenté de volume par une hydronéphrose. Dans ce cas le rein hypertrophié peut comprimer directement le col de la vésicule ou le canal cystique.

II. — COMPRESSION DIRECTE DES VOIES BILIAIRES PAR LE PÉDICULE DU REIN DROIT.

Ici c'est au contraire le canal cholédoque qui sera comprimé directement. En effet le pédicule du rein mobile passe transversalement à la face postérieure du canal cholédoque derrière la tête du Pancréas ; la veine rénale droite très courte se jette directement dans la

veine cave et peut ne pas entrer en rapport avec le cholédoque. Il n'en est pas de même de l'artère rénale qui est obligée de croiser ce conduit pour gagner l'aorte abdominale. Il est vrai que dans la majorité des cas l'artère rénale passe derrière la veine cave donc le tronc volumineux la sépare du cholédoque ; mais il arrive encore assez souvent que l'artère rénale passe devant la veine cave et entre en contact immédiat avec le canal cholédoque. Lorsque le rein est mobile et s'est déplacé en bas et en dedans, le pédicule du rein devient oblique en bas et en dehors et forme une sorte de cordon au bout duquel est attachée la glande rénale qui pèse ainsi de tout son poids à la face postérieure du canal cholédoque ; une dernière condition favorisante c'est la situation superficielle du canal cholédoque qui peut ne s'enfoncer entre les lobules pancréatiques que dans sa portion tout à fait terminale au-dessous du point où il est croisé par les vaisseaux du rein. Dans un cas au moins (Cordier I) cette compression du cholédoque par le pédicule rénal a été observée directement au cours de l'intervention.

III. — COMPRESSION INDIRECTE DES VOIES BILIAIRES PAR L'INTERMÉDIAIRE DU DUODENUM COMPRIMÉ DIRECTEMENT PAR LE REIN.

Cette théorie de la compression indirecte a été soutenue d'abord par Landau et Lindner qui ont montré que le rein en s'abaissant peut venir comprimer la partie sous-watérienne du duodenum. En effet, le rein en se déplaçant se dirige en bas et en dedans et le pôle infé-

rieur du rein peut venir comprimer le duodenum déterminant ainsi de la rétention dans la partie supérieure, rétention qui peut retentir sur les voies biliaires soit directement, soit indirectement, en provoquant un ictère de nature catarrhale, ainsi que l'a soutenu Burghard.

IV. — TIRAILLEMENT DES VOIES BILIAIRES PAR LES LIGAMENTS PÉRITONÉAUX.

Cette théorie a été surtout soutenue d'une façon précise par Weisker en 1887. Cet auteur a étudié avec soin les différents ligaments qui peuvent tenir les voies biliaires à la face antérieure du rein et dont nous avons donné la description au chapitre Anatomie. Lorsque le rein descend en bas et en avant il produit une traction sur le péritoine qui tapisse sa face antérieure, traction qui est plus marquée dans certains cas lorsqu'il existe un certain degré de périnéphrite ayant produit des adhérences entre le rein, sa capsule adipeuse et le péritoine pré-rénal ; dans ces cas, au lieu de glisser sur le péritoine, le rein attire fortement avec lui la séreuse et il en résulte différents déplacements qui consistent en abaissement et coudure du colon, compression du duodenum, qui ont été bien étudiés récemment par Alglave ; or ces mêmes tiraillements peuvent s'exercer sur les voies biliaires par l'intermédiaire des ligaments que nous avons décrits plus haut. Le ligament hépato-rénal et le ligament hépato-duodéno-colique se réunissent en bas sur le rein, tirent de bas en haut, lorsque cet organe se déplace, sur les viscères auxquels ils sont fixés. Ainsi on voit la vésicule

biliaire tirer en bas et en dedans et les voies biliaires, par l'intermédiaire du duodenum, tirailler également dans le même sens tandis que la partie moyenne, canal cystique et portion supérieure du cholédoque, restent relativement fixes. Il en résulte une coudure qui se produit le plus souvent au niveau du canal cystique ; cette coudure ne détermine pas une obstruction complète puisque nous avons vu dans la plupart des cas qu'on pouvait vider la vésicule biliaire par pression manuelle, mais elle constitue cependant un obstacle suffisant pour déterminer la rétention vésiculaire et pour produire l'ictère.

Telles sont les différentes théories pathogéniques qu'on a proposées pour expliquer les phénomènes d'obstruction biliaire dans le rein mobile à droite, théories qui renferment toutes une part de vérité mais ne s'appliquent pas aux mêmes cas.

Nous avons vu qu'il s'agit dans presque toutes nos observations de sujets féminins ; il est évident que le port du corset et la déformation de la taille viendront encore agir ici pour déterminer des modifications dans la forme du foie, qui devient plus vertical, dans les rapports des voies biliaires, dont les deux segments vésicule et canaux sont coudés suivant un angle plus aigu ; les dispositions viennent encore favoriser la compression ou le tiraillement des voies biliaires suivant un des modes que nous venons de décrire.

CHAPITRE V

ÉTUDE CLINIQUE

Nous avons recueilli un certain nombre d'observations du rein mobile avec ictère ou avec symptômes hépatiques simulant la lithiasé biliaire, mais sans qu'il y ait en réalité de calculs. Les observations sont au nombre de trente-quatre y compris un cas de M. le Docteur Papin.

Le petit nombre de ces cas provient peut-être de ce qu'on n'a pas encore assez attiré l'attention sur ce symptôme. En tout cas il ressort nettement de la lecture des observations que le rein mobile droit peut produire de l'ictère ou des troubles hépatiques.

Nous allons passer en revue ces différents cas pour les critiquer.

Sur les trente-quatre cas nous trouvons l'ictère signalé vingt-huit fois avec des degrés variables; aussi dans plusieurs cas il s'agit seulement de subictère (Tinker, H. White, Lindner); d'autres fois on signale que l'ictère a été léger et fugace, aussi il n'est apparu qu'une seule fois, dans un cas de Holmes. La présence de pigments

biliaires dans les urines est notée plusieurs fois (Holmes Litten, Hutchinson, H. White). Enfin, Litten et Hutchinson ont observé la décoloration des matières fécales qui est caractéristique de l'obstruction biliaire.

Dans six cas il n'y avait pas d'ictère, mais d'autres troubles hépatiques pouvaient faire songer à la lithiasé. Dans le cas de Tinker (obs. 2) pas d'ictère, mais des troubles digestifs et des douleurs ressemblant à des coliques hépatiques. Dans un cas de Hartung pas d'ictère mais des douleurs et une tumeur qu'on croit être la vésicule; dans le cas de Godlewski, pas d'ictère, mais le dégoût des viandes, le foie augmente de volume, des douleurs s'irradient à l'épaule. Dans Deux cas de Gallant douleurs sans ictère.

Dans les vingt-huit observations avec ictère, la jaunisse était parfois le seul symptôme hépatique. Dans d'autres cas nous observons des douleurs au niveau du foie (Lawrie, Landau, Lindner, Gallant); des vomissements (Lawrie, Cordier) ou des nausées (Guétié) ou des troubles digestifs, de la diarrhée (Guétié). Mais les symptômes les plus intéressants étaient fournis par la vésicule biliaire. Voici ce que nous lisons dans les observations : ou bien la région vésiculaire est simplement douloureuse (Tinker) mais sans qu'on puisse sentir la vésicule, ou bien, au contraire, la vésicule peut être perçue de différentes façons; tantôt par la percussion qui indique une zone mate au-dessus du foie, tantôt par la palpation qui permet de sentir une tumeur sous-hépatique.

La vésicule était nettement distendue dans les cas de Holmes (2 observations), Cordier, Litten, Hutchinson, Hartung, Mac Lagan (3 observat.) Lindner. Elle était au

contraire petite, ratatinée, dans le cas de Teissier.

Il faut faire une distinction entre les observations où la vésicule biliaire était nettement volumineuse et celles où il y eut erreur d'interprétation. Le fait fut constaté anatomiquement plusieurs fois. Tinker trouve à l'opération une grosse vésicule mais qui se vide facilement sous le doigt, il n'y a pas de calcul. Dans le cas de Holmes où l'on sentit 3 ou 4 fois la vésicule distendue, on trouva au contraire normale à l'intervention et le rein était en avant sur la vésicule, de sorte qu'il n'est pas impossible qu'on ait commis une erreur. Cordier remarque que la vésicule très distendue pouvait être vidée par pression, mais il ne dit pas comment il la trouva à l'intervention. Hutchinson crut constater une dilatation de la vésicule mais trouva à la place une languette de tissu hépatique avec au-dessous une vésicule dure et ratatinée et le rein immédiatement au contact. Dans une autre observation d'Hutchinson on constata que la tumeur prise pour la vésicule n'était que le rein mobile. La vésicule et les canaux biliaires étaient normaux. Hartung vérifia que la tumeur sentie au-dessus du rein droit était bien la vésicule. Mac Lagan trouva aussi une vésicule large et distendue, sans calcul, et qui se vidait facilement; dans un autre cas où la vésicule était très nettement sentie, il la trouva quatre fois plus grosse qu'à l'état normal. Fenwick reconnaît que la tumeur prise pour la vésicule était le rein droit. Lindner trouve une vésicule biliaire très dilatée mais qui se vidait facilement par une pression légère.

La réalité de la distension vésiculaire est donc démon-

trée au moins dans certain cas, ce qui, joint à l'absence de tout calcul et à la présence du rein, au voisinage des voies biliaires, démontre bien la compression exercée par le rein droit mobile.

A côté de la dilatation vésiculaire, un autre symptôme important, c'est la colique hépatique. Elle est signalée d'une façon plus ou moins précise. Tinker note une douleur dans le dos et le côté droit, dans son premier cas et dans l'autre des douleurs ressemblant à des coliques hépatiques. Holmes dit que les douleurs étaient paroxystiques, durant de vingt-cinq à trente secondes pour se répéter à intervalles très rapprochés, s'irradiant dans le dos et les épaules avec contracture des muscles du côté droit de l'abdomen; sensation de délivrance à la fin des crises; rien d'anormal dans les urines. Il fit le diagnostic de coliques hépatiques. Litten signale les douleurs à droite sans caractères nets. Hutchinson note des coliques hépatiques à plusieurs reprises dans son premier cas. Hartung parle de crise intermittentes, de douleurs dans la région du foie. Les coliques hépatiques avaient été diagnostiquées par plusieurs médecins dans le cas de Mac Lagan et Trèves; dans les deux autres cas de Mac Lagan, les crises douloureuses ressemblent beaucoup à des coliques hépatiques, il en était de même dans l'observation de Landau et dans les trois cas de Lindner.

La réunion de tous ces symptômes, ictère, colique hépatique, la grosse vésicule, devaient évidemment faire songer à la lithiase biliaire, et la présence d'un rein mobile ne suffisait pas à faire écarter ce diagnostic.

En effet, il s'agit la plupart du temps de femmes, nous n'avons que deux observations chez l'homme, une de Tinker et une de Hale White. Or on sait combien le rein mobile est fréquent chez la femme, surtout à droite, et il était permis de penser qu'il n'y avait là qu'une simple coïncidence.

D'ailleurs le rein mobile ne fut pas reconnu dans tous les cas ; ainsi dans celui de Holmes, le rein mobile ne fut reconnu qu'au cours de l'opération. Le degré de mobilité rénale varie en effet dans nos observations. Ainsi le rein n'était que mobile où ne dépassait pas le premier degré dans les cas de Tinker, Holmes, Hartung, Fenwick, Landau ; il est au deuxième degré dans les cas de Litten, Godlewski, H. White, Lindner ; enfin Cordier, Hutchinson, Lawrie, Mac Lagan (3 cas), Lindner (2 cas) signalent une très grande mobilité du rein ; c'est ce qui existait également dans notre cas.

Plusieurs fois nous voyons signalée la situation antérieure du rein (Hutchinson), ou son adhérence au lobe droit du foie (Guétié, Landau), à la face inférieure du foie (Lindner).

Dans le cas de Teissier on songe aussi à la lithiase, mais l'état grave de la malade ne permit pas de faire un diagnostic précis. Fenwick fit une incision abdominale croyant trouver une grosse vésicule qui n'existait pas. Lindner (observation II) fit le diagnostic de cholecystite calculeuse qui est démontré faux à l'intervention.

Dans quelques cas le diagnostic fut fait exactement. Litner, dès 1880, porte le diagnostic de compression du

cholédoque par le rein en se fondant sur l'apparition et la disparition brusque de l'ictère. Landau pense également à ce mécanisme de l'ictère, mais ne l'affirme pas. « Jusqu'à quel point le rein adhérent au lobe droit du foie a-t-il contribué à la formation de cet ictère. ? » Je ne veux pas me prononcer. Lindner instruit par ses premiers cas fait d'emblée la néphrectomie dans un cas d'ictère avec adhérence du rein droit au foie.

Guetié pose le diagnostic de compression du rein par le cholédoque et supprime l'ictère par le port d'une pelote. Lawrie constatant de l'ictère avec un rein très mobile, fixe celui-ci d'emblée dans sa position et supprime l'ictère aussi ce symptôme quoique rare a pu dans plusieurs cas être reporté à sa cause avant toute intervention, mais dans la majorité des cas c'est en opérant qu'on s'est rendu compte de la nature de l'affection.

En général on a commencé par intervenir par voie abdominale et ensuite on a fait la néphropexie d'emblée, rarement la néphrectomie ; enfin plusieurs fois le port d'un bandage a suffi pour calmer les douleurs. Les cas de néphropexie sont au nombre de 13 : Tinker (2 cas), Holmes, Cordier, Hutchinson (2 cas), Hartung (2 cas), Mac Lagan (3 cas), Hale White, Fenwick. Les auteurs ont tous constaté la disparition des symptômes après l'opération, mais la plupart des malades n'ont pas été revues longtemps après l'opération.

La néphrectomie a été pratiquée par Holmes et deux fois par Lindner avec de bons résultats.

Guetié, Godlewski se sont contentés de faire porter

une ceinture. Enfin, Litten, Landau, n'ont pas pratiqué d'opération et Lindner dans deux cas s'est contenté d'une incision exploratrice.

Il est difficile de tirer des conclusions claires de ces quelques observations puisque chaque auteur quoi qu'il ait fait affirme la guérison. Il faut peut être en conclure que la conduite la plus sage est souvent l'abstention, mais à coup sûr la plus folle est la néphrectomie.

La néphropexie trouve peut-être ici une indication, surtout s'il n'y a pas de contre-indication provenant de l'état général du sujet, d'un nervosisme exagéré comme on le voit souvent dans le rein mobile.

On pourra donc, si le rein est très mobile, si l'ictère est variable dans son évolution et remarquablement fugace, si le diagnostic de lithiase ne paraît pas probable, faire d'abord la néphropexie en fixant solidement le rein.

Les symptômes hépatiques peuvent alors disparaître.

Mais ils peuvent aussi persister et dès lors on sera conduit à enlever une vésicule biliaire dilatée ou à faire le drainage temporaire des voies biliaires. Toutefois, ce cas sera sans doute exceptionnel puisque nous n'en trouvons aucun cas signalé dans nos observations.

Nous ne possédons qu'un petit nombre d'observations d'hydronéphrose avec symptômes hépatiques, mais ces observations sont importantes, car ici le diagnostic est encore plus difficile à établir.

Ce sont les observations de Fünbringer, Hare, Oppenheimer, Holmes et une observation originale de Legueu.

Dans trois cas il s'agit d'une femme, dans deux cas il

s'agit d'un homme. Le tableau clinique dans toutes ces observations peut se résumer de la même façon :

Crises douloureuses dans le flanc droit avec irradiations vers l'abdomen, ou vers l'épaule. Urines rares pendant la crise, qui se termine par une émission abondante d'urines.

Ictère ou coloration jaunâtre survenue dans tous les cas sauf celui de Fürbringer, mais il y avait dans ce cas une tuméfaction du foie.

Présence d'une tumeur de volume variable, ordinairement du volume du poing, au-dessous du foie, paraissant faire corps avec cet organe, suivant les mouvements de la respiration, disparaissant ou décroissant de volume dans l'intervalle des crises.

En présence d'une pareille association symptomatique on comprend que le diagnostic doit être très hésitant.

En faveur de l'origine hépatique de la tumeur, nous avons son siège au-dessous du foie, ses rapports qui semblent intimes avec cet organe, la présence de l'ictère et l'irradiation des douleurs vers l'épaule.

En faveur de l'origine rénale de la tumeur nous avons les troubles urinaires (oligurie et polyurie) qui se voient également dans les coliques hépatiques, le ténesme vésical signalé par Oppenheimer qui est plus spécial aux affections rénales ; l'irradiation des douleurs en bas vers le dos, vers l'utérus (Oppenheimer), enfin la mobilité du rein constaté entre les crises.

Dans le cas de Fürbringer il y avait de l'hématurie et pourtant on crut à une vésicule biliaire distendue.

Dans l'observation de Hare on note un fait particulier

qui aurait dû attirer l'attention : la lésion était double et on avait fait autrefois pour le côté gauche le diagnostic de tumeur de la rate et l'on songea sans le dire explicitement à une tumeur du foie.

En somme le diagnostic porté fut toujours lithiasie biliaire, cholécystite calculeuse dans le cas où il fut fait (Holmes, Fürbringer, Legueu) et il faut reconnaître que la présence de l'ictère à elle seule peut justifier ce diagnostic, si l'on ignore que l'hydronéphrose peut exceptionnellement s'accompagner d'ictère.

Dans deux cas seulement on est intervenu (Holmes, Legueu) et l'on put constater que la vésicule était normale, qu'il n'y avait pas de calcul et que la tumeur était un rein hydronéphrotique. Le rein fut dans les deux cas enlevé par la voie transpéritonéale. Dans le premier cas le malade guérit, mais dans le second le rein très adhérent contenant du liquide louche se déchira au cours de l'opération ; le malade mourut au bout de huit jours.

Nous arrivons maintenant aux observations de rein mobile avec lithiasie biliaire. Ces observations sont au nombre de 14.

Il y aurait lieu ici, au point de vue pathogénique, de discuter le rôle du rein mobile dans la production des calculs biliaires.

Une théorie a déjà été soutenue par Weisker, par Roux, par Morris et par Marwedel, d'après laquelle le rein mobile serait, par l'obstruction qu'il détermine sur les voies biliaires, l'agent de la formation des calculs biliaires.

Roux et Weisker admettent la possibilité de l'occlu-

sion des voies biliaires par tiraillement du ligament hépato-duodénal et la formation de calculs secondaires.

Marwedel s'est fait le défenseur de cette théorie. « Personne ne prétend, dit-il, que le rein mobile soit l'unique cause de la formation de calculs biliaires. » Mais il pense que souvent le rein mobile peut être en cause, ainsi notamment dans ce qu'on appelle les « fausses récidives » après les opérations pour calculs biliaires. Il arrive qu'on observe encore des douleurs, plus rarement de l'ictère, sans qu'il y ait de nouveaux calculs, sans qu'il en soit resté lors de la première intervention. On parle alors d'adhérences, de coudures, de hernies post-opératoires ; pour Marwedel c'est peut-être le rein mobile qui recommence à agir.

Imbu de cette idée, Roux, de Lausanne, conseillait dès 1890, d'appliquer aux malades qui avaient été opérés de calculs un pansement solide et compressif dont le but aurait été de maintenir le rein en place. Marwedel est du même avis. « On devrait, dit-il, conseiller une ceinture non seulement lorsqu'il y a une chute du rein bien prononcée, mais encore lorsqu'il y aurait seulement soupçon. Il est possible que les accès douloureux ne se produiraient pas si le rein maintenu, l'écoulement biliaire pouvait se faire librement. »

Parmi les 14 observations que nous avons recueillies, nous n'avons pas un seul cas chez l'homme ; il s'agit toujours de femme ayant un rein mobile très net et atteignant le plus souvent un degré considérable.

Le rein est très mobile dans les cas de Brin (2 cas), Schwartz, Morris, Marwedel (3 cas), Reymond (il dépass-

sait la crête diaque) ; la mobilité est moins accentuée mais toujours appréciable dans les autres observations.

Parmi les symptômes pouvant attirer l'attention du côté du rein, il faut citer l'hypertrophie de cet organe (Schwartz-Reymond), les douleurs ressemblant à des coliques néphrétiques (Reymond) ou les douleurs plus vagues dans l'hypocondre droit (Roux), enfin l'oligurie ou l'anurie alternant avec des mictions abondantes (Brin).

L'ictère est noté seulement d'une façon nette dans 4 cas (Morris, Marwedel, Roux, Brin). Ce symptôme capital manque donc plus souvent que dans notre série de reins mobiles sans lithiase.

La présence d'une tumeur vésiculaire pouvant atteindre le volume du foie est signalée dans les cas de Schwartz, Morris (2 cas), Marwedel (3 cas), Reymond. Elle manquait dans les autres cas.

Il faut encore remarquer l'augmentation de volume du foie (Morris) ou son abaissement (Reymond) ; la douleur dans la région hépatique (Marwedel), les vomissements (Roux, Tischendorf), et les crises gastriques douloureuses après les repas (Brin), autant de symptômes qui doivent attirer l'attention du côté du foie.

Et si nous considérons le diagnostic qui a été posé, nous voyons qu'on fait celui de lithiase biliaire d'abord dans les cas de Roux, Marwedel, Morris, Brin, Hartung, c'est-à-dire dans la minorité des cas.

Dans la majorité des cas, au contraire, on a cru d'abord au rein mobile, surtout quand l'ictère faisait défaut. Ainsi Schwartz, qui pensait d'abord à une lithiase vésiculaire, sentant le rein très mobile sous chloroforme,

fixe celui-ci par voie lombaire ; mais au cours de l'opération il reconnaît que la vésicule est grosse et fait une laparotomie secondaire pour l'enlever. Morris dans un cas fit une incision lombaire et tomba sur la vésicule ; il incisa alors par devant, ouvrit la vésicule, enleva le calcul qui l'obstruait et la draina, puis il fit la nephropexie lombaire.

Dans trois de ses cas, Marwedel resta hésitant dans son diagnostic et fit une incision oblique transversale pour pouvoir intervenir à la fois sur le rein et sur les voies biliaires. Raymond fit d'abord le diagnostic de rein mobile, fixa le rein et sentant une grosse vésicule fit sept jours après une cholécystostomie qu'il referma ensuite. Tischendorf fit le diagnostic de rein mobile avec tumeur.

Brin et Sébileau ayant fait le diagnostic de rein mobile, se proposaient de refaire la paroi abdominale éventrée ; au cours de la laparotomie ils trouvèrent une vésicule bourrée de calculs. Dans un cas de Hartung, on fit d'abord la néphropexie et quinze jours après une violente crise de coliques hépatiques avec ictère obligea à pratiquer la cholédocotomie qui montra l'existence d'un calcul.

En résumé nous voyons qu'en général le diagnostic est resté hésitant entre rein mobile et lithiase : l'ictère a souvent décidé en faveur de la lithiase, quand il faisait défaut on pensait plutôt au rein mobile. Il est certain que la confusion est facile.

Elle peut être évitée, d'après Schwartz, dans un grand nombre de cas par la recherche que voici : « Lorsqu'on presse sur la tumeur biliaire elle fuit sous le doigt et »

s'enfonce dans la profondeur ; elle n'y reste pas, il suffit de lâcher la pression pour la sentir en général reprendre la position initiale, plus superficielle. Il n'en est pas de même pour le rein mobile qui remonte au-dessous du foie, mais y reste, si on ne le refoule pas en avant par une pression sur la région lombaire. »

En réalité ce n'est pas là que gît la difficulté quand on peut faire la palpation d'une façon convenable, et la plupart des auteurs et Schwartz lui-même, ont reconnu les deux tumeurs : le rein mobile et la vésicule. Il s'agit surtout de savoir quel rapport existe entre les deux organes ; y a-t-il lithiasse biliaire et rein mobile ou bien simplement y a-t-il compression ou tiraillement des voies biliaires par le rein mobile et obstruction consécutive. C'est là qu'est le problème dont la solution aura pour conséquence l'incision lombaire ou la laparatomie ; il est bien évident qu'il y a intérêt à éviter deux incisions tant au point de vue de l'esthétique qu'à celui de la solidité de la paroi. En somme, il faudrait poser exactement le diagnostic de lithiasse et ce n'est pas facile. Nous avons vu dans le chapitre précédent combien certains cas de rein mobile ou d'hydronéphrose pouvaient simuler la lithiasse avec ictère, coliques hépatiques, grosse vésicule. Tout y est, et il semble bien qu'on ne puisse porter un autre diagnostic.

Inversement nous voyons qu'il y a des cas où la présence des calculs n'est pas marquée par les symptômes ordinaires de lithiasse : l'ictère, les coliques hépatiques, la dilatation vésiculaire font défaut et le rein mobile paraît seul expliquer les symptômes observés. On peut

donc classer les observations en deux catégories : 1^o Cas où prédominent les symptômes de rein mobile (avec ou sans lithiase) ; 2^o Cas où prédominent les symptômes d'obstruction biliaire avec ou sans lithiase.

Dans le premier cas on s'occupera d'abord du rein mobile et par un traitement approprié (ceinture ou néphropexie) on fera disparaître les accidents observés, ou bien on verra persister les troubles biliaires et l'on sera amené à intervenir sur l'appareil biliaire.

Dans le second cas on interviendra d'abord sur les voies biliaires et l'on trouvera un calcul qui sera extrait et une grosse vésicule qui sera drainée ou enlevée ; ou bien on ne trouvera pas de calculs et l'on sera conduit à faire la néphropexie.

Cette opération sera d'ailleurs toujours un utile complément à l'extraction des calculs et si l'on en croyait Weisker, Roux et tous ceux qui pensent que la stase biliaire provient de la mobilité rénale, cette fixation du rein serait essentielle. Marwedel conseille de fixer le rein par transfixion au cours de la laparatomie ainsi que le fit déjà Tischendorf en 1886. Marwedel fixe le rein en passant au travers du pôle inférieur un fil de soie armé de deux aiguilles que l'on fait ressortir à travers la peau sous la douzième côte ; un autre fil est passé dans le bord externe du rein et fixé dans la région lombaire. Toutefois il n'apparaît pas que ce procédé soit tellement recommandable, puisque dans son premier cas Marwedel dut faire ensuite la néphropexie par voie lombaire.

La nécessité d'agir sur le rein mobile n'apparaît pas tellement évidente ; dans le cas de Morris et dans les

deux cas de Brin on s'est contenté de traiter la lithiasé biliaire et la guérison a été parfaite.

Le cas de Hartung est encore plus démonstratif. Après opération pour calculs biliaires, il persiste des douleurs. On fixe le rein. Sept ans après on revoit la malade : le rein est toujours mobile mais il n'y a pas eu de nouveaux symptômes biliaires.

En résumé la conduite à tenir nous semble la suivante :

En présence de phénomènes d'obstruction biliaires : intervenir d'abord sur l'appareil biliaire par laparatomie; s'il y a des calculs les enlever, extirper la vésicule si elle est malade, drainer les voies biliaires si elles sont infectées. S'abstenir de faire la néphropexie transpéritonéale, mais attendre plutôt que les symptômes douloureux aient reparu et dans ce cas faire la néphropexie lombaire. Si on ne trouve pas de calculs, refermer et attendre également. On a pu par une simple laparatomie en supprimant quelques adhérences rendre à la bile son cours régulier ; si les symptômes persistent faire la néphropexie lombaire.

La néphropexie d'emblée sera réservée aux cas où les symptômes hépatiques légers ou fugaces ne peuvent faire croire à l'existence d'une lithiasé. Si la néphropexie ne fait pas disparaître ces symptômes, il conviendra alors d'explorer la région biliaire par laparatomie.

Premier groupe d'observations

REIN MOBILE SANS LITHIASE BILIAIRE

OBSERVATION I

Ictère consécutif à l'oblitération du canal cholédoque comprimé par le rein. — Mort. — Autopsie. (Teissier 1875).

M. B. 56 ans. — Transportée presque sans connaissance à l'Hôtel-Dieu le 24 juillet. Elle ne peut parler. Les personnes qui l'accompagnent s'accordent à dire qu'elle à toujours mené une vie irrégulière et qu'elle avait l'habitude de se livrer à l'usage des boissons alcooliques.

L'état de la malade est des plus graves ; elle est couchée dans le décubitus dorsal et dans la résolution la plus complète. Les ligaments présentent une teinte ictérique des plus foncées. La langue est brune, sèche, brûlante. Malgré cela le pouls est calme. La température 36.4, le coma est profond.

Cependant si l'on exerce une pression, même légère, sur la région hépatique, la malade sort de son état de torpeur, ses traits se contractent et expriment une vive souffrance. Tout ce qu'on peut savoir d'elle c'est qu'elle n'a jamais eu à se plaindre de sa santé ; qu'elle vaquait encore à ses occupations il y a trois semaines et que la teinte jaune qu'elle présente ne s'est développée que progressivement.

Elle n'a eu ni épistaxis, ni hématurie, ni métrorragie, enfin elle n'attribue à aucune cause spéciale le mal dont elle

souffre. Pas de trace d'ecchymose sur la surface du corps. A la visite du matin l'état de la malade s'est encore aggravé. Malgré une apparence de soulagement produite temporairement par une application de sangsues sur la région du foie, le coma est extrême, la parole embarrassée, le sommeil est interrompu seulement lorsqu'on exerce une pression assez énergique sur la région hépatique. Enfin il y a absence complète d'excrétion urinaire, ce qui nous a empêché de faire un examen qui aurait été sans doute utile au point de vue du diagnostic.

La malade mourait quelques heures après.

Autopsie. — L'ouverture de l'abdomen laisse écouler une grande quantité de sérosité jaunâtre. Pas de traces de péritonite ancienne. Au-dessus du lobe droit du foie et fixée au duodenum s'observe une tumeur arrondie d'une consistance semi-solide. Cette tumeur qui est volumineuse et constituée par le rein notablement augmenté de volume, vient faire saillie au-dessus et en avant du bord antérieur du foie. La disposition est telle (inclinée d'arrière en avant, de bas en haut et de dehors en dedans) qu'elle comprime le canal cholédoque et les vaisseaux pénétrant dans le hile.

Le canal cholédoque est perméable dans presque toute son étendue. Toutefois un stylet ne peut, en le parcourant, pénétrer jusque dans l'intestin. En effet, à son abouchement dans le duodenum, au niveau du point comprimé, entre des adhérences assez nombreuses et épaisses, on trouve les traces d'un travail d'inflammation chronique qui a provoqué l'hypertrophie des parois du canal et a amené son obstruction.

La vésicule biliaire est ratatinée, flasque, contenant une petite quantité de bile épaisse et visqueuse.

Le foie est volumineux. Le diamètre autéro-postérieur, mesuré sur le lobe droit, compte 0m.225. Il est jaune-clair, légèrement granuleux, plus résistant à la coupe dans certains points, plus ramolli dans d'autres. Pas d'inégalités à la surface.

Les reins sont considérablement hypertrophiés, mesurant 0 m. 15 sur 0 m. 10. Ils sont le siège d'une stertose généralisée avec ramollissement. Leur consistance est gélatineuse ; c'est au niveau des pyramides que la dégénérescence est la moins avancée.

Le rein droit constituait par sa situation anormale la tumeur signalée au-dessous du foie.

Nous regrettons de n'avoir pas eu de renseignements plus précis sur les antécédents de cette malade, à quelle époque remontaient les premiers signes d'ictère ??

OBSERVATION II

Litten. Charité B. d. VI. 1880.

W. 37 ans. Chlorotique au moment de la puberté. De temps en temps elle éprouvait des douleurs dans l'hypocondre droit disparaissant par le repos. Digestion et appétit bons. A la suite d'une nouvelle crise elle vient se faire examiner. On constate dans l'hypocondre droit une tumeur cylindrique dure, lisse et douloureuse à la pression. Ces douleurs disparaissaient en changeant la position de la malade. A l'inspiration le rein subissait le déplacement du foie. On sentait le pôle inférieur du rein à trois doigts au-dessous du rebord costal. Amélioration par le repos. La malade peut reprendre ses occupations.

Le 4 juin, après l'administration de quelques follicules de

séné, les douleurs réapparaissent en même temps qu'un *léger ictère*. Le rein est au-dessous du foie plus près de la ligne médiane. Pas de troubles digestifs ni vomissements. Urines claires et normales. Deux jours après *l'ictère devient plus prononcé*, les urines acajou. Le 7 juin tous ces troubles disparaissent brusquement, jusqu'au 14 juin où les douleurs et l'ictère réapparaissent plus intenses. La malade se plaint de démangeaisons et de douleurs sourdes dans l'hypocondre droit. Le rein se rapproche beaucoup plus de la ligne médiane, la pression ne provoque pas de douleur spéciale. Cet état dure huit jours et disparaît à nouveau brusquement. Aucun calcul biliaire dans les matières. Huit jours après les *selles* deviennent *acholiques*. Le 25 juin tout a disparu, le diagnostic d'ictère catarrhal et de calcul biliaire peut être exclu et le tableau clinique est celui de la compression du cholédoque pour le rein déplacé. Comme signe caractéristique l'apparition et disparition brusque de l'ictère.

OBSERVATION III

Landau.

F. W. 55 ans, 4 enfants. — Il y a 16 ans, à la suite de son dernier accouchement, elle avait remarqué au niveau du foie une petite tumeur très mobile et elle éprouvait des douleurs comme des tiraillements, des picotements. Il y a deux ans elle ressentit des douleurs lancinantes bien localisées au côté droit et simulant des coliques hépatiques. On remarquait une voussure du côté droit sur laquelle la moindre pression provoquait de la douleur. Amélioration rapide par l'opium et les applica-

tions de glace. Au bout d'une semaine seulement on arrive à sentir dans la région lombaire le rein légèrement déplacé, sensible à la pression.

Un an après le rein ne paraît pas aussi mobile et on le sent fixe au-dessous du lobe droit du foie.

Deux ans après la première crise, la malade éprouve de nouveau des douleurs très violentes dans le côté droit. On perçoit très bien au-dessous du foie une tumeur qui a la forme du rein. Le lendemain apparaît un ictère manifeste avec frissons et élévation de température qui dure environ trois semaines.

Une première administration de quinine amène de l'amélioration, si bien que je ne m'arrête pas à croire à une complication.

Jusqu'à quel point le rein adhérent au lobe droit du foie a-t-il contribué à la formation de cette ictère ? Je ne veux pas me prononcer.

OBSERVATION IV

Lindner. (Der Frauenarzt, t. II. 1887.

H. 34, multipare, rien de particulier dans ses antécédents. En novembre 1887 elle eut un ictère qui dure 4 semaines ; quinze jours après nouvel ictère avec douleurs violentes qui la forcent à garder le lit. Dans la région abdominale droite, au niveau de l'ombilée, on avait senti une tumeur de la grosseur d'un œuf, pas adhérentes au foie et qu'on pouvait facilement refouler dans la région rénale. L'urine contenait beaucoup de

pigments biliaires. Il y a quelques jours l'ictère reprenait et la malade se décide à une opération.

La malade est très amaigrie et on sent bien la tumeur qui est le rein facilement réductible.

10 février. Néphrectomie par les procédés ordinaires. Le 18 février l'ictère disparaît complètement, urine normale. 10 avril, douleurs dans le côté droit ; on sent sous le foie une tumeur bosselée qui disparaît au bout de sept à huit jours par la diète et les purgatifs. Il s'agissait probablement de stase de matières fécales par suite d'adhérences du colon. Cette tumeur reparait trois fois en six mois et disparaît rapidement avec les purgatifs. On a recommandé des lavements à l'eau chaude.

La malade va très bien.

OBSERVATION V

Lindner.

S. 45 ans, multipare, très amaigrie, elle se plaint de douleurs violentes survenant par crises dans le côté droit, accompagnées de vomissements. Au cours de ces accès légère coloration jaunâtre des téguments.

A l'examen on trouve une tumeur de la grosseur d'un œuf à la face inférieure du foie, dans la région de la vésicule biliaire.

On fait le diagnostic de cholécystite calculieuse et on décide une opération. Laparatomie; la vésicule biliaire était dilatée mais on pouvait facilement la vider par une pression légère. Pas de calculs. Tout à fait à côté, le rein très mobile et petit. On referme la plaie sans autre intervention. L'affection ne s'est plus reproduite.

OBSERVATION VI

Lindner.

B. 41 ans. Depuis trois mois un ictère très fort qui résiste à tout traitement ; elle rentre à l'hôpital. On trouve le rein droit très mobile, pas sensible à la pression. Ni albumine, ni pigments biliaires. Lorsque la malade se lève l'ictère devient plus intense.

Opération. — Laparatomie. — On s'aperçoit que le rein ne peut être amené à proximité du canal cholédoque. On renonce à intervenir sur le rein et on referme la plaie.

Le premier jour, l'ictère est très fort mais disparaît rapidement. J'ai revu la malade trois ans après l'opération, l'ictère n'a pas reparu.

OBSERVATION VII

Lindner (Deutsche méd. Wochenschrift 1884).

Femme de 34 ans. Rien de particulier dans ses antécédents. Le rein droit était très mobile et elle portait une ceinture. Quant je vis la malade elle avait un fort ictère et se plaignait de douleurs violentes dans la région du foie. Le rein était fixé par des adhérences à la face inférieure du foie, au niveau de la vésicule biliaire et on pouvait le déplacer.

Nephrectomie. La malade n'a plus éprouvé aucune douleur,

OBSERVATION VIII

Hale White. — Bristists méd. journal, 1892, p. 223.

Homme de 34 ans. Il y a quelque temps, à la suite d'un violent traumatisme dans le région rénale, il éprouvait de la douleur et de la faiblesse des membres inférieurs ; il était devenu très nerveux, très impressionable. Il rentre à l'hôpital le 17 décembre 1890. On ne peut d'abord établir le diagnostic exact.

1^{er} janvier 1890. On constate que l'urine qui était normale auparavant devient trouble et contient des pigments biliaires.

Léger ictère. On sent au-dessous du foie une tumeur ronde très mobile, sensible à la pression. C'est sans doute le rein droit. Le malade n'est pas abattu comme cela se voit dans l'ictère catarrhal. L'urine du matin contient beaucoup moins de pigments que celle de l'après-midi.

2 janvier. Urine normale. L'ictère a disparu.

4 janvier. Uriné du matin pas de pigments ; celle du soir en contient beaucoup. Pas d'ictère.

5 janvier. Un peu de bile.

Jusqu'au 25 janvier presque tous les jours l'urine présente des pigments biliaires. Beaucoup plus le soir que le matin. Plus d'ictère. Le rein droit était toujours mobile. Nephropexie lombaire.

6 février. Le malade est complètement guéri.

OBSERVATION IX

Guétié (de Moscou). Gazette des hôpitaux 1895, p. 519.

Malade de 47 ans entre à l'hôpital pour un ictère survenu et persistant depuis 15 jours malgré les purgatifs salins fréquents. La langue est nette mais l'appétit mauvais ; il y a des nausées de la diarrhée. La rate est normale, non douloureuse. Le foie est lisse, le bord antérieur arrondi. La vésicule biliaire ne peut être sentie à la palpation, mais en dehors de la région cystique on sent, au niveau du bord inférieur du foie, une *tumeur semblant se continuer avec le foie* et suivant cet organe pendant les mouvements respiratoires. Cette tumeur, du volume d'un petit œuf de poule, est lisse et dure. Le cœur et le poulx sont normaux. Rales disséminés dans les poumons. Urine trouble, acajou, albumineuse, contient des cylindres épithiliaux, des pigments biliaires, densité 1.019. La température est normale. Le diagnostic de la tumeur est très indécis, car ni la syphilis, ni un kyste hydatique ne peuvent être invoqués. Cependant, par hasard, on constate que cette tumeur était un peu mobile en arrière ; l'examen ultérieur démontre qu'il s'agit d'un rein droit déplacé, adhérent au lobe droit du foie et faisant saillie par son extrémité inférieure au-dessous du bord antérieur du foie. La malade s'est souvenue alors, qu'il y a trente ans, après son premier accouchement (elle avait neuf enfants) elle s'est aperçue d'une « boule » dans le côté droit de l'abdomen qui tantôt apparaissait, tantôt disparaissait, sans provoquer de phénomènes morbides.

La réduction complète du rein dans sa loge fut impossible,

mais on put interposer entre le rein et le foie la pelote d'une ceinture abdominale. Deux jours après, l'urine était devenue presque normale et la malade sortit quinze jours après sans trace d'ictère.

Le rein adhérent, pressant sur le cholédoque, empêchait le libre écoulement de la bile dont une partie était résorbée.

OBSERVATION X

Cordier. American journal of obstetrics N. Y. 1896.

J. C. J. 42 ans. Trois ans auparavant on lui avait enlevé les ovaires. A la suite de cette opération il persista une large éventration qui fut opérée un an après. A ce moment elle présente tous les symptômes du rein mobile. De plus elle maigrit beaucoup, eut de l'ictère, des vomissements fréquents, des maux de tête et des douleurs dans les reins.

A l'examen, je sentis très bien le rein droit très mobile. La *vésicule biliaire était très distendue* et sensible. Elle pouvait cependant être vidée par la pression ; il n'y avait donc pas obstruction permanente et complète des canaux biliaires.

Opération. — Petite incision au niveau de la vésicule. On explore les canaux biliaires. Aucun calcul. On fit ensuite une incision lombaire et on fixa le rein aux aponevroses par trois sutures de soie. Depuis tous les symptômes ont disparu.

Dans cette observation le *pédicule du rein mobile* obstruait partiellement les canaux biliaires ; de là les troubles hépatiques.

OBSERVATION XI

Fenwick. Lancet, II, 1899.

Femme 25 ans. Après une grossesse, fort ictère. On sentait sous le foie une tumeur rugueuse qu'on prenait pour la vésicule biliaire car elle paraissait peu mobile.

Laparatomie. — La tumeur est le rein qui comprimait la vésicule et les conduits biliaires. On referme la plaie abdominale et on fait la nephropexie.

Deux jours après l'ictère disparaît. Deux mois après l'opération la malade est tout à fait guérie.

OBSERVATION XII

Mac Lagan et F. Treves. Lancet London 1900.

Femme 35 ans, sans enfant. Jusqu'en 1892 jamais de maladie sérieuse. Depuis 3 ans elle souffre de douleurs violentes à l'épigastre, troubles digestifs et de perte de forces. Elle est très amaigrie, jamais elle n'est très bien. Toujours des douleurs plus ou moins fortes dans l'abdomen et de temps à autre de véritables crises très douloureuses, qui duraient quelques fois une ou deux heures, d'autrefois huit à dix heures, ou même toute une journée. Depuis quelque temps ces crises deviennent très fréquentes et étaient suivies d'ictère. Les médecins avaient diagnostiqué, les uns des névralgies, les autres des *coliques hépatiques*. Elle fit une cure à Schwalbach qui ne lui procura aucune amélioration. L'année suivante à Carlsbad qui la sou-

lagea. Toutefois on lui conseilla une opération pour enlever le calcul, cause de tous ces troubles. Lorsque je la vis elle était très abattue, amaigrie mais ne souffrait pas.

A l'examen, sensibilité très grande à l'épigastre et au niveau du lobe gauche du foie. *On ne pouvait sentir la vésicule.* Le rein droit très mobile pouvait facilement être senti au-dessous du foie. Une semaine après, nouvelle crise, douleur très vive à l'épigastre et au côté droit. Le pouls est petit et faible, température 98.9 F. On sentait la vésicule très distendue. Sensibilité très grande à cet endroit. Sous l'action de la morphine les douleurs disparurent en laissant un peu d'ictère. On sentait toujours le rein sur le rebord du foie. Je pensais à un calcul de la vésicule qui obstruait un peu la lumière du canal mais qui était trop gros pour s'y engager ; je décidai de l'opérer pour enlever le calcul et fixer le rein.

Opération. -- Incision abdominale. La vésicule et les canaux biliaires, sont soigneusement examinés ; mais pas de calcul. Derrière on sentit une tumeur qui était le rein droit.

Incision lombaire. On fixe le rein par trois sutures. La malade est tout à fait guérie.

OBSERVATION XIII

Mac Lagan.

Femme 34 ans 3 enfants. Depuis 5 à 6 ans elle avait souffert de coliques hépatiques et dit avoir rendu des calculs. Je la vis en 1893. Depuis deux jours elle souffrait de douleurs très violentes à l'épigastre et dans la région hépatique, douleurs

qui disparaissaient par la morphine. Elle était un peu jaune. Température 101 F, La langue chargée. La vésicule distendue était très sensible. Elle trouva un calcul dans ses selles. Ictère pendant 5 à 6 jours Elle me consulte de nouveau en 1894, les crises étaient très violentes et beaucoup plus fréquente toutes les semaines. La morphine la calmait bien. Elle était très amaigrie. Sensibilité à la pression de l'épigastre et de la vésicule. Le rein droit très mobile était facilement senti sous le foie. Traitement par la diète relative et le bicarbonate de soude. En 1895 elle revient me consulter je lui donne le même traitement. En 1897 les crises douloureuses sont beaucoup plus^s fréquentes, tous les deux jours, elle prend beaucoup de morphine, elle est très amaigrie et un peu jaune. La vésicule est distendue et très sensible. On sent aussi le rein droit tout à fait sous le foie, Il ne semblait pas douteux que ces troubles étaient dus à un calcul qui était passé ou essayait de passer. On pouvait cependant par la pression vider la vésicule, ce qui lui procurait du soulagement. Je décide de l'opérer pour enlever les calculs.

Opération en mai 1897. Incision abdominale. On aperçoit la vésicule large et distendue qui se vidait facilement ; aucune, trace de calcul dans la vésicule ni dans les canaux biliaires pas d'adhérences. En examinant le col de la vésicule on aperçoit le rein. Son extrémité supérieure était complètement couchée sur le canal cystique et on était obligé de la déplacer pour examiner les canaux. Il était évident que le rein en comprimant les conduits biliaires, était cause de ces crises douloureuses. Incision lombaire, on fixe le rein. La malade est revue un an et demi après, elle n'a aucune douleur.

OBSERVATION XIV

Mac Lagan.

Femme 35 ans, 2 enfants. — Depuis deux ou trois ans elle souffre de troubles digestifs, douleurs à l'épigastre et crises comme celles de coliques hépatiques. Pendant les crises on pouvait très bien sentir la vésicule biliaire plus ou moins distendue à la suite de chacune un peu d'ictère. Le rein droit très mobile au-dessous du foie. On institua un traitement qui ne donna aucun résultat.

Pendant l'hiver 1897-98, son état empira. Elle maigrit beaucoup et eut de l'ictère, l'épigastre était toujours sensible et pendant les crises on sentait la vésicule distendue. Petite élévation de température. Je fis le diagnostic de calcul biliaire et donnai un traitement dans l'espoir que le calcul arriverait à passer.

En 1898, recrudescence des crises douloureuses calmées par la morphine. La vésicule très distendue. Le rein droit déplacé et très mobile. Je résolus de la faire opérer pour enlever le calcul.

Opération, juin 1899. — La vésicule biliaire est 4 fois plus volumineuse qu'à l'état normal. pas de calcul. Nephropexie.

OBSERVATION XV

Holmes. Journal of the American Medical Association 1901.

T. M. 40 ans. Jamais de maladie, pèse 120 livres. En 1886

elle eut une crise de *coliques avec ictère et fièvre* qui dura plusieurs jours. Quelques années après elle eut une nouvelle crise sans ictère. En 1898 elle souffrit de douleurs très fortes dans l'abdomen. Ces douleurs étaient paroxystiques et duraient 5 à 30 secondes, pour se répéter à intervalles très rapprochés, s'irradiant dans le dos, les épaules, avec contracture des muscles du côté droit de l'abdomen qui rendait l'examen très difficile. Quelques gouttes d'huile chloroformée sur l'abdomen faisaient disparaître ces douleurs. Souvent, à la suite de ces crises, elle éprouvait cette sensation de délivrance soudaine caractéristique d'une obstruction mécanique qui disparaît. Rien d'anormal dans les urines. Pas de bile. On fit le diagnostic provisoire de *coliques hépatiques*. La malade sans aucun conseil suivit le traitement par l'huile d'olive, et pendant plusieurs mois elle eut un repos relatif. Mais son côté droit était toujours sensible.

En octobre 1900 elle eut une crise beaucoup plus douloureuse et pour la première fois on sentit une *tumeur dans la région de la vésicule biliaire* ; elle était ronde, dure, immobile et très douloureuse. On lui donna du chloroforme pour faciliter l'examen et la douleur disparut. Le lendemain on ne pouvait sentir la tumeur. En décembre nouvelles crises très douloureuses, la douleur persista pendant une semaine ; à deux ou trois reprises on sentit très bien la tumeur. Durant l'une de ces crises la douleur disparut complètement pendant qu'on lui palpait l'abdomen. Sa température monta une fois à 99 F. Urines très acides avec 2.5 à 3 pour cent d'urine. Pas d'éléments anormaux.

Elle entre à Baptist Hôpital en janvier 1901. Voici le résumé de l'observation et de l'examen avant l'opération :

1) Histoire de douleurs abdominales durant 6 à 8 ans dans

la région de la vésicule — irradiant dans le dos et les épaules — jamais à la vulve et dans les jambes.

2) Ces douleurs étaient quelquefois légères mais plus souvent très violentes et se terminaient soudainement.

3) Contracture des muscles du côté droit de l'abdomen qui ne disparaissait pas après les crises.

4) Tumeur dans la région de la vésicule sentie 3 ou 4 fois. Malheureusement aucun renseignement précis si on a senti le rein ou si cette tumeur était indépendante du rein.

5) Ni tumeur, ni sensibilité dans la région de l'appendice, ni le long de l'uretère, ni dans le bassin.

6) Pas de tumeur ni sensibilité dans le Pancréas.

7) Pas de tympanisme.

8) Pas d'ascite.

9) Pas d'éléments anormaux de l'urine. Acide.

10) Pas d'hypertrophie ou dilatation du cœur comme dans les coliques néphrétiques.

11) Pas de trace de tuberculose.

12) Température normale.

13) Pas de vomissements, une fois ou deux douleurs de tête.

14) Pas de désordres intestinaux, pas de diarrhée après les crises.

15) Pas d'ictère excepté en 1889.

Il restait à faire le diagnostic entre 1) les affections de la vésicule, 2) appendicite, 3) obstruction mécanique du rein, 4) tuberculose péritonéale, 5) obstruction du colon au coude hépatique, 6) tumeur du colon et plus tard gastralgie et hystérie. Cet état pathologique dure depuis 2 à 8 ans. Pas de température 99 à 100 F. Pas de suppuration. C'est probablement une affection d'ordre mécanique arrêtant la sécrétion de quel-

que viscère et empêchant l'action péristaltique d'une certaine catégorie de muscles.

Opération. Chloroforme. — La vésicule est normale et ne contient aucun calcul. Le rein droit est très mobile et se trouve juste sur la vésicule. On l'amène facilement sur la ligne médiane au niveau de l'ombilic. Examen du pylore, de l'appendice et de l'ovaire droit qui furent trouvés normaux. On fut conduit à considérer le rein droit comme la seule cause logique des crises douloureuses. Incision lombaire. On fixe le rein.

Durant les quatre semaines qui suivirent l'opération elle eut trois crises semblables à celles qu'elle avait eu avant l'opération. Depuis ce temps elle est complètement guérie. Le rein droit est resté en place et plus aucune douleur.

OBSERVATION XVI

Lawrie. British Medical journal 1901, Tome I, page 15

G..., âgée de 39 ans, examinée en septembre 1899. Depuis dix ans elle souffrait de douleurs violentes surtout dans la région du foie. Fréquemment elle avait des crises beaucoup plus douloureuses accompagnées de nausées, vomissements, *teint jaunâtre*, température élevée. Pendant que je l'observais elle eut une nouvelle crise avec apparition d'*ictère*.

A l'examen, grande sensibilité au niveau de l'épigastre, mais on ne perçoit aucune tumeur. Le rein droit est très mobile.

Pendant très longtemps le traitement médical avait été systématiquement institué, avec plus ou moins de succès. Mais

jamais la malade n'avait été complètement guérie et on avait eu recours à la morphine pour calmer ses douleurs.

Je décidai à intervenir pour fixer le rein droit.

Opération, le 10 juin 1899. Incision lombaire et je fixe le rein aux muscles du dos par trois sutures. La malade guérit très rapidement, tous les troubles disparurent, plus de jaunisse ni de douleurs.

OBSERVATION XVII

J. Hutchinson. Tibe practitioner 1902. LXVIII.

M...G..., âgée de 38 ans, 3 enfants, se présente en janvier 1901 avec une *jaunisse légère* qui durait depuis un mois. Depuis longtemps elle souffrait de douleurs dans la région du foie ; douleurs exagérées par la station debout. Vomissements fréquents. Constipation habituelle, *selles de couleur argile, bile dans les urines.* Elle avait maigri de 12 livres.

A l'examen, tumeur ronde au niveau du foie on crut que c'était la vésicule distendue.

L'opération montra que c'était le rein droit qui flottait librement et qui était en contact avec la paroi antérieure de l'abdomen. La visicule biliaire et les canaux étaient normaux. On fit une nouvelle incision dans la région lombaire et le rein droit fixé par 3 sutures.

Les deux incisions guérèrent en 15 jours. Les douleurs cessèrent. Les pigments disparurent de l'urine et les selles reprirent leur coloration normale.

OBSERVATION XVIII

Rein mobile et cholécystite. (J. Hutchinson. The practitioner).

A. P. 35 ans, 4 enfants. En 1896 elle eut un *fort ictère* avec coliques dont elle guérit assez rapidement. On crut à une crise de *coliques hépatiques*. En 1899 et pendant les deux années suivantes elle souffrit de douleurs violentes dans le côté droit surtout après les repas ou un travail pénible. Elle maigrit beaucoup. En 1900, *nouvel ictère*. Constipation habituelle. Elle entre à l'hôpital en février 1901. L'ictère avait disparu. Selles et urines normales mais les douleurs persistent particulièrement violentes dans la région du foie. On sent une tumeur que l'on croit être la vésicule biliaire. Nous pensons à un calcul biliaire. Le rein droit est très mobile, mais avant l'opération on n'y attachait aucune importance. Deux opérations. En février, incision abdominale. Ce que l'on prenait pour la vésicule biliaire était une languette de tissu hépatique se projetant en avant et en bas. La vésicule biliaire était dure. Le colon et le duodenum avaient contracté des adhérences avec la face inférieure du foie. Ces adhérences furent soigneusement disséquées et on découvrit une vésicule ratatinée. Il est à remarquer que le rein droit s'était présenté immédiatement au-dessous de la languette du foie à l'ouverture de l'abdomen. Après qu'on eut isolé la vésicule biliaire, on l'incisa, pas de trace de calcul s'il s'écoule beaucoup de pus. Le rein droit flottait dans l'abdomen mais n'avait contracté aucune adhérence.

Il était évident qu'on se trouvait en présence d'une chole-

cystite suppurée sans calcul en même temps que d'un rein mobile. Je résolus de fixer le rein.

Quinze jours après, néphropexie lombaire par les procédés ordinaires.

La malade quitte l'hôpital le 28 mars complètement guérie. Depuis elle va très bien.

Les troubles du foie étaient dus à la compression des voies biliaires par le rein droit mobile.

OBSERVATION XIX

Manifestations digestives gastro hépatiques et ptose viscérale, Néphrose, Enteroptose.

G. Godleuski. (Thèse de Montpellier 1905-06)

F..., âgée de 53 ans. Depuis un an se plaint de troubles gastriques.

Antécédents héréditaires. Nuls.

Antécédents personnels. Règles à 18 ans, douloureuses, régulières, deux accouchements faciles. Menopause à 42 ans. Embarras gastrique après son premier accouchement avec une poussée d'ictère

Il y a un an, sensation de pesanteur épigastrique, surtout deux heures après les repas. Anorexie et dégoût pour la viande. Flatulence, aigreurs, constipation, selles dures sans glaires.

Ces symptômes augmentaient par crises séparées par des accalmies, ces crises étaient précédées d'une douleur considérable ressentie à l'hypocondre droit, s'irradiant de bas en haut vers l'épaule droite. Jamais de calcul ni de sable dans les matières. A trois reprises, vomissements foncés jaunes.

Jamais d'hématémèse ni de melœna. Amaigrissement très marqué.

Paroi abdominale très affaiblie, en chiffon. A la palpation on sent l'estomac un peu dilaté, plutôt abaissé. Au-dessous corde colique nette et battement aortique.

Le rein droit est abaissé (2^e degré). Le foie est légèrement hypertrophié. Son bord antérieur dépasse de deux travers de doigts le rebord costal. Pas de ganglions.

On prescrit une sangle. Régime léger ; lait, œufs, purées, viandes blanches. Un verre d'eau de Carabana tous les trois jours, le matin.

1^{er} août. La malade digère mieux, selles régulières, estomac un peu douloureux.

25 août. Plus de douleur épigastrique. On sent toujours la corde colique. La malade a augmentée de 3 kilos.

La malade continue à porter la sangle. Pas de crise douloureuse. Elle supporte tous les aliments.

OBSERVATION XX

G. Godlewski. Ptose rénale. Manifestations digestives Enterocolite

S... R..., 31 ans, entre le 20 avril 1905 à la salle Bichat n° 20, pour troubles digestifs et constipation.

Antécédents héréditaires. Sans importance.

Antécédents personnels. Grippe les hivers, Rhumatismes, femme nerveuse, migraines fréquentes.

Il y a 4 ans, accouchement avec rétention des membranes, un peu d'infection puerpérale au cours de laquelle pous-

sée d'ictère, trois mois après crise douloureuse abdominale avec alternative de diarrhée et de constipation; épreintes et selles tantôt diarrhéiques, glaireuses, tantôt scybale, boules de cyprés. Ainsi l'affection procèdera par crises survenant à la moindre fatigue, après une indigestion ou un froid. Il y a deux ans à la suite d'une de ces crises, elle eut un peu d'ictère avec coloration jaune des conjonctives.

A son entrée à l'hôpital, toujours ces alternatives de diarrhée et constipation. Quelque peu de sang parfois dans les selles; anorexie, nausées sans vomissement, pesanteur épigastrique trois heures après les repas, vertiges, bourdonnements d'oreilles.

Ventre souple, permettant de sentir l'estomac pas dilaté, avec quelques gargouillements. Rien au colon, mais dans la fosse iliaque gauche sensation de boudin due probablement à l'anse sigmoïde sténosée.

Elle est envoyée au chirurgien pour pertes blanches et métrite.

Là on trouve un utérus en légère retroversion; on conseille à la malade le port d'une sangle et elle est envoyée à Balaruc. Au bout d'un mois il y a une amélioration notable. Les crises mésogastriques diminuent, mais la malade sort et néglige son traitement.

Le 26 mars 1906, elle entre à nouveau à la salle Bichat. Depuis la sortie de l'hôpital elle a quitté la sangle, n'a pas suivie de régime et les crises ont recommencées. Elle se remet donc au régime, œufs, lait, qui sont les seuls aliments qu'elle puisse supporter. Dès qu'elle prend autre chose, vomissement, bouche pâteuse, sensation de pesanteur gastrique, pesanteur du côté droit, constipation avec selles glaireuses. Cephalée, migraines

pieds froids, sensation d'asthénie générale. Pas d'albumine dans les urines.

Examen objectif.—Abdomen gros, ventre flasque, estomac non dilaté ; colon transverse sténosé, corde colique sensible sus-ombilicale avec gargouillement reposant sur l'aorte nettement perçue, sténose de l'angle droit du colon. Dilatation du cœcum avec gargouillement, sténose de l'angle sigmoïde. Rein mobile très net du côté droit.

Foie dont le bord aminci et mou dépasse légèrement la neuvième côte. Rien du côté du cœur.

On prescrit une saignée ; des bains alcalins. Un régime léger avec des légumes, du lait, des œufs et des pâtes d'Italie. La malade est soulagée et quitte l'hôpital.

OBSERVATION XXI

M. Tinker. Journal American Medical Association Chicago 1907.

Homme 32 ans. Depuis six ans, indigestion, nausées, vomissements très fréquents. A l'examen du contenu stomacal, rien d'anormal. A plusieurs reprises il avait éprouvé des douleurs très violentes au niveau de la vésicule biliaire sans jamais expulser de calculs. Urine et selles normales. *A deux reprises léger ictère.* Actuellement douleurs dans le dos et le côté droit, pas de douleur au point appendiculaire, constipation habituelle.

A l'examen *légère teinte subictérique*, langue chargée, muqueuse en bon état. Abdomen très souple sauf un peu de sensibilité au côté droit. Zone de matité au-dessous des côtes

dans le rayon vésiculaire. Rein mobile, pas sensible à la pression.

Opération. — Incision abdominale. La vésicule est très distendue. Pas de calcul. En arrière on sent une tumeur dure qui est le rein droit, il presse sur le pylore et les canaux biliaires et semble être la cause de tous ces troubles. Incision lombaire. On fixe le rein.

Le malade est revu trois ans après tout à fait guéri.

OBSERVATION XXII

Martin B. (Tinker). Journal Américain, Medical Association juillet 1907.

Femme 48 ans. Depuis plusieurs années *douleurs très vives dans la région de la vésicule*, dans le dos, troubles digestifs, *jamais d'ictère*. Urine toujours de couleur normale. Quelques années auparavant, elle avait éprouvé des douleurs ressemblant à des *coliques hépatiques*. Deux analyses du contenu de l'estomac montrèrent l'absence d'Hce et la présence d'acide lactique. Pas de nausées ni vomissements. La malade n'a pas perdu de poids.

Opération. — Incision abdominale. L'épiploon est adhérent à la paroi abdominale au niveau de la vésicule, pas adhérent à la vésicule. La vésicule normale sans trace de calcul ou d'inflammation. En rompant les adhérences au niveau du pylore on trouva le rein droit près de la ligne médiane de façon à presser sur le duodénum, le pylore et les canaux biliaires. On remet le rein dans sa position normale. Rien à l'estomac, l'ap-

pendice paraît infecté ; on l'enlève. Incision lombaire. On fixe le rein.

La malade guérit complètement.

OBSERVATION XXIII

Hartung. Beitrage zur chirurgie der Vanderniere. 1910.

E. M. 31 ans. Secundipare. Depuis février 1907 par intermittence, durant parfois des jours entiers, douleurs dans l'hypocondre droit. *Pas d'ictère*. Pas de calculs. Depuis quelque temps les crises deviennent plus fréquentes. On sent une petite *tumeur* douloureuse que l'on peut rapporter à la *vésicule biliaire*. Le rein droit est un peu mobile, pas douloureux.

Nephropexie, novembre 1907.

La vésicule biliaire est unie au colon par des adhérences. Pas de calcul.

Etat de la malade un an après :

Au début douleurs violentes et vomissements.

Maintenant malgré un travail pénible elle n'éprouve que des douleurs insignifiantes.

OBSERVATION XXIV

Gallant. New-York Medical Journal, 14 septembre 1907.

E. I. 33 ans, multipare, examinée en janvier 1893. Depuis deux semaines, douleurs violentes dans la région du foie et l'épaule droite. L'examen montra le rein droit très mobile et

sensible à la pression mais facilement réductible. La vésicule biliaire n'était pas perceptible à la palpation. Pas d'ictère. On lui fit porter un corset. Depuis pas de douleurs.

OBSERVATION XXV

Gallant.

M. K. 30 ans, 3 enfants. Depuis quatre mois douleurs violentes dans l'épaule et le côté droit. Indigestions et douleurs épigastriques. Examinée en mars 1900 ; on sent le rein droit descendu et très sensible. On fait le diagnostic de coliques hépatiques avec rein mobile. Pendant quelque temps elle porte une ceinture abdominale, plus tard un corset spécial. Plus de douleurs.

OBSERVATION XXVI

Gallant.

S. S. 37 ans. En mai 1899 elle avait le foie volumineux avec des traces d'ictère, qu'on attribue à des calculs biliaires. En janvier 1900 douleurs très fortes dans l'épaule droite et la région sacrée. Troubles digestifs fréquents. La malade devient très nerveuse. A l'examen le foie est volumineux, le rein droit à 10 centimètres au-dessous des fausses côtes est difficile à remettre en bonne position. Diagnostic : Ictère dû à un rein mobile. Traitement : corset.

OBSERVATION XXVII

Gallant.

V. Multipare, souffrait de douleurs dans l'épaule, nausées, vomissements. Ictère depuis plusieurs jours. Le rein droit très descendu et pas mobilisable. Les muscles de l'abdomen très relâchés. L'estomac distendu jusqu'à l'ombilic. Traitement : ceinture abdominale, repos complet les pieds du lit élevés. L'ictère disparaît au bout de quelques jours. Plus tard un corset spécial. Les douleurs ont complètement disparu.

OBSERVATION XXVIII

Gallant.

E. W. 32 ans, un enfant. Souffrait de douleurs dans le dos et le côté droit. Ictère durant une semaine. A l'examen le rein droit mobile et sensible a la pression. La grande courbure de l'estomac à deux doigts au-dessus de l'ombilic. Diagnostic : Ictère dû à un déplacement du rein. Traitement : corset plâtré. Quelques semaines après, violentes douleurs dans la région de la vésicule avec nausées et vomissements, qui nécessitèrent la morphine. Le plâtre s'était relâché. On lui en remit un nouveau. Malgré cela elle eut une autre crise douloureuse la nuit suivante et vomit six fois. On lui mit un corset : depuis plus de douleurs.

OBSERVATION XXIX

Gallant.

A. D. Tertipare, dernier enfant trois semaines auparavant. Depuis son accouchement presque chaque jour frissons, sueurs, fièvre, sensation de striction à la ceinture avec douleurs irradiant à l'ombilic, douleurs dans le dos et la fosse iliaque droite. Malade très nerveuse. Peau et conjonctive teinte subictérique, abdomen distendu, hernie ombilicale, rein droit mobile et abaissé pouvant être amené au niveau de l'ombilic, on pouvait le remettre en place. Grande courbure de l'estomac au-dessous de l'ombilic, utérus déplacé à gauche. Diagnostic : troubles à la suite de couches, avec ictère, dû au rein droit mobile. Traitement : Réduction de la hernie avec ceinture, puis « corset plâtré. » Régime spécial. Ce ne fut que quelques mois plus tard qu'elle fut complètement guérie, elle ne peut quitter son corset.

OBSERVATION XXX

Gallant.

E. 40 ans, secondipare. Depuis 4 ans toutes les six semaines environ douleurs violentes dans l'hypocondre droit irradiant à l'ombilic, nausées, vomissements, côté droit gros et dur. Examen : femme très bien constituée, pesant 65 kilos, la grande courbure de l'estomac descend jusque dans la fosse iliaque droite. Le pôle inférieur du rein droit se trouve près de l'épine

iliaque antérieure. Les conjonctives teintées de bile. Diagnostic : Crises douloureuses dues à un rein abaissé. On lui met un corset spécial en février et un régime spécial. Tout alla bien jusqu'en avril, où un soir elle fut prise de douleurs violentes dans le côté droit, à caractère névralgique nécessitant la morphine. La douleur cessa pour revenir le troisième jour avec température 100.6 F, pouls 90, frissons. Le lendemain température à 100.6 F, pouls 90 ; elle se sent beaucoup mieux. La peau tout à fait jaune, le rein débordant sous les fausses côtes gros et sensible, on peut le remettre en place. On ne sent pas la vésicule. Diagnostic : Cholécystite avec calculs biliaires due à un rein mobile. Traitement : Repos au lit, les pieds élevés, purgatifs salins, plus tard corset, pas de nouvelles crises malgré un travail pénible.

OBSERVATION XXXI

Gallant.

M. F. 68 ans, examinée en mai 1906. Deux semaines auparavant elle avait remarqué ses urines troubles, couleur acajou. Pendant quatre ans elle avait éprouvé une pesanteur dans le côté droit « comme si son foie s'était abaissé » avec sensibilité au côté droit de l'ombilic. A ce moment teinte subictérique. On sentait la vésicule au-dessous du rebord des côtes, et le rein gros et sensible à deux travers de doigts au-dessous des côtes, ayant contracté des adhérences. Diagnostic : Cholécystite avec calculs due à un rein abaissé. Traitement : Repos complet les pieds du lit élevés. Application d'une ceinture.

Purgatifs salins. En prévision d'un ictère sérieux on l'avertit qu'une opération serait peut-être nécessaire, mais elle n'eut pas d'autres crises.

OBSERVATION XXXII

Gallant.

C. I. Quintipare. Depuis la naissance de son dernier enfant il y a un an, elle souffrait de crises douloureuses dans l'hypocondre droit, une sensation de ballonnement.

Elle était soulagée en desserrant ses vêtements et se mettant au lit. Une crise le 9 août une autre le 14. Très nerveuse, jamais d'ictère. Elle ne pouvait dormir. Examen : Le colon transverse est abaissé. Le cœcum déplacé en dedans. Sensibilité au point appendiculaire mais pas de tumeur. La petite courbure de l'estomac à deux doigts au-dessous de l'appendice xyphoïde, la grande courbure à deux doigts au-dessus de la symphyse. Le bord inférieur du foie débordait le rebord costal, la vésicule biliaire grosse et sensible ; on sentait très bien le rein droit qui avait contracté des adhérences. Traitement : Ceinture. Guérison.

OBSERVATION XXXIII

Gallant.

J..., 56 ans, six enfants, le plus jeune âgé de 20 ans. Trois semaines après son dernier accouchement, elle avait eu des vomissements, un peu de fièvre, et des douleurs très vives

dans l'hypocondre droit nécessitant de la morphine. Ces crises étaient subites, l'abdomen ballonné et elle n'éprouvait du soulagement qu'en desserrant ses effets. L'ingestion d'aliments gras déterminaient ces crises. Depuis cinq semaines elle avait eu quatre crises, soudaines, avec douleur épigastrique, vomissements verdâtres, et frisson. La douleur disparaissait subitement mais durant la crise la malade ne pouvait rester couchée. Ictère et urine couleur safran pendant quatre semaines. Treize ans auparavant on avait diagnostiqué des calculs biliaires mais jamais on n'en avait trouvé dans les selles. Dernière crise il y a deux ans avril 1907.— Examen. Le rein droit abaissé de trois travers de doigts, gros mais réductible. La grande courbure de l'estomac était à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Diagnostic : Compression du canal cystique due à la traction du rein. Traitement : un corset spécial.

OBSERVATION XXXIV

DUE A L'OBLIGEANCE DE M. LE DOCTEUR PAPIN

Rein mobile - sub-ictère - fréquentes mictions.

M. X. 30 ans, vient consulter pour des douleurs dans le flanc et l'hypocondre droit avec fréquence de mictions dans la station debout. La malade pisse en effet toutes les demi-heures le jour et jamais la nuit. Elle présente une teinte sub-ictérique avec coloration jaune de la conjonctive. Elle n'a jamais eu de crises très douloureuse ressemblant à des coliques hépatiques ou néphrétiques, mais plutôt une sensation de gêne avec des douleurs sourdes.

Examen : On constate la présence d'un rein droit mobile situé dans la fosse iliaque et descendant jusqu'au détroit supérieur, facilement mobilisable dans tous les sens, mais douloureux à la pression.

Examen cystoscopique : bonne capacité de la vessie, on y introduit facilement 300 grammes. Catéthérisme du rein droit facile, petite rétention de 40 grammes.

Examen de l'échantillon recueilli : cellules épithéliales, rares leucocytes ; globules rouges, pas de microbes.

On propose à la malade une néphropexie ; on ne l'a pas revue depuis.

Cette malade est intéressante à deux points de vue : 1^o à cause de l'ictère avec rein mobile sans symptômes de lithiase ; il n'y avait pas de points douloureux du côté de la vésicule qui ne semblait pas distendue. Il est vrai qu'elle pouvait être cachée sous le foie qui était notablement abaissé ; 2^o la fréquence des mictions est un phénomène qui est rarement observé dans le rein mobile ; il ne correspondait pas ici à une lésion de la vessie qui était parfaitement saine. Il s'agit soit d'un phénomène réflexe, soit peut-être d'une pression directe du rein qui ici était extraordinairement descendu.

Deuxième Groupe d'observations

HYDRONEPHROSE sans LITHIASE BILIAIRE

OBSERVATION XXXV

Hare. — Hydronéphrose intermittente droite. — Hydronéphrose intermittente gauche, Urémie. Autopsie.

Femme, M..., 38 ans. Entre à l'hôpital en décembre 1854. Pas d'œdème, teint un peu pâle, foncé, non jaunâtre.

Depuis l'âge de 12 ans souffrait dans la région lombaire gauche, douleurs tantôt légères, tantôt violentes, cessant pendant le sommeil, on avait diagnostiqué une tumeur de la rate.

Vers l'âge de 28 ans, elle commençait à souffrir du côté droit de l'abdomen. Pendant les crises douloureuses, la malade constatait la présence d'une grosseur immédiatement sous les cartillages costaux droits, un peu en dehors de la ligne mammaire. La crise se terminait le plus souvent brusquement au bout de 24 heures par l'évacuation d'une grande quantité d'urine et l'urine était toujours très claire.

Lorsque M. Hare examina la malade, elle n'avait pas de crise, mais ressentait toujours de vives douleurs dans le côté droit. A la percussion, dans la région lombaire droite, matité dont les limites ne sont pas très nettes. Au palper, masse résistante, un peu dure, occupant la partie mate à la percussion ;

pas de trace de fluctuation dans la tumeur qui est un peu mobile. Un traitement fut institué et les douleurs diminuèrent, mais quelques mois après elle commença à avoir de nouvelles crises douloureuses. Du côté gauche on constata alors une tumeur analogue à celle du côté droit, mais moins grosse et moins dure. Pendant toute la durée de la crise, la malade urina fort peu. Puis tout d'un coup elle évacua une grande quantité d'urine et se trouva soulagée. La tumeur du côté droit disparut alors complètement.

A partir de novembre, c'est-à-dire un an après son entrée à l'hôpital, une amélioration réelle survint malgré la persistance des douleurs lombaires. Cette amélioration dura huit mois.

En juillet 1856, une nouvelle crise fut observée par M. Bradford. Il constata à droite une tumeur considérable s'étendant jusqu'à la ligne médiane et même au-delà. A la palpation on constata nettement la présence de deux tumeurs, une près des cartilages costaux, l'autre près de l'ombilic, ou au moins, d'une seule séparée au milieu par une dépression très nette, en forme de sablier. La crise cessa tout à coup par une miction très abondante et la tumeur diminua considérablement de volume.

Au mois d'octobre, il observa une nouvelle crise, mais l'urine présentait un aspect tout différent de celui qu'elle avait présenté jusqu'ici. Elle était noire, comme du marc de café. Le même mois, nouvelle crise, vomissements abondants. *A deux ou trois reprises, M. Bradford croit voir apparaître sur la peau une teinte jaune.*

La malade succomba quelques jours après. Pendant les deux ou trois derniers jours elle eut des vomissements très fréquents; la tumeur du côté droit était très volumineuse, à gauche on ne découvrait pas trace de tumeur.

Autopsie.— Le côté droit est occupé par une tumeur presque globuleuse qui s'étend jusqu'à la ligne médiane, un peu plus haut que les derniers cartilages costaux et descend jusqu'au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure. Une petite portion de son extrémité supérieure est recouverte par le bord mince du foie qui a son volume à peu près normal, sa face inférieure adhère à la partie supérieure de la tumeur rénale.

La tumeur était divisée en deux parties par un sillon vertical qui en faisait le tour ; une partie, la droite, n'était que le rein très hypertrophié et détaché, dur, résistant à la pression, la gauche était formée par le bassinnet énormément distendu.

Pas de calcul, ni dans la substance rénale, ni dans l'uretère, ni dans le bassinnet.

Le rein gauche consistait en une large poche, qui si elle eût été pleine, eût formé une tumeur aussi volumineuse que celle de droite.

OBSERVATION XXXVI

Oppenheimer.— (*Analyse Gaillard*) *Archives gén. de Méd.* sept. 1861, page 337

Hydronéphrose intermittente droite typique (méconnue) Rein droit mobile.

Femme de 40 ans. Rhumatismes articulaires aigus. Accès périodiques de huit ans. Les douleurs sont intenses à droite ; comme on a constaté une fois de l'ictère, on croit à de la lithiase biliaire ; mais ce diagnostic n'est pas maintenu.

L'accès est constitué de la façon suivante : violente douleur cardialgique. Les souffrances ont leur maximum d'intensité

dans l'hypocondre droit, mais s'irradiant vers l'utérus et le dos. Nausées et vomissements. Le ventre est si douloureux à la pression qu'on ne peut l'explorer sans avoir pratiqué préalablement une ingestion de morphine; on trouve à droite une tumeur arrondie qui s'étend du foie jusqu'à trois travers de doigts de la crête iliaque et mesure au moins le volume d'une tête d'enfant. La patiente a du ténesme vésical, n'émet que quelques gouttes d'urine épaisse, foncée, sédimenteuse, mais sans albumine et sans sucre.

La dernière crise douloureuse, après avoir duré vingt-quatre heures, cesse brusquement; tout à coup soulagement inespéré. La malade se met à uriner en abondance; en quelques heures elle fournit près de quatre litres d'urine, claire, limpide, ayant une densité de 1,0009; pendant ce temps la tumeur abdominale disparaît en partie.

Quatre semaines plus tard, nouvelle crise analogue. Ces accès se produisent souvent au milieu des périodes intermenstruelles; les plus courtes ne durent que quelques heures; les plus longues durent huit jours et s'accompagnent de désordres généraux graves. Ils se terminent toujours par l'émission d'une grande quantité d'urine. Ils peuvent être provoqués par les excès de fatigue.

Le siège des accidents est un rein droit mobile. On peut s'en convaincre en examinant l'abdomen dans l'intervalle des crises.

(L'auteur accepte, comme diagnostic, l'hypothèse de désordres vasculaires par torsion du pédicule rénal, constituant ce qu'on a appelé l'étranglement du rein mobile).

OBSERVATION XXXVII

Fürbringer (Berlin-Klin-Woch.) — Hydronéphrose double, intermittente à droite. Néphrite double diffuse. Mort par urémie. Autopsie.

Typographe 33 ans. Entre à l'hôpital le 4 mai 1886.

Antécédents : En novembre 1885, à la suite d'une chute lors d'une perte de connaissance, il entra dans une maison de santé. Il y resta deux jours sans pouvoir uriner et présenta de la tuméfaction du foie. L'urine qu'il rendit au deuxième jour était sanguinolente, et bientôt le malade se remit de son accident et retrouva ses forces.

(Le médecin de cette maison a dit ultérieurement que ce malade y avait été traité pour des coliques de plomb et que pendant sa convalescence on avait constaté la présence d'une tumeur abdominale, grosse comme le poing. Cette tumeur avait été regardée dès ce moment comme une hydronéphrose).

Evolution de la maladie : Depuis cette époque, le malade a eu plusieurs crises analogues. Chaque crise était caractérisée par un arrêt dans l'émission de l'urine, des douleurs et une tuméfaction de la région hépatique, par un abattement extrême puis par de l'hématurie. C'est à la suite d'un dernier accès qu'il entra à l'hôpital.

Le lendemain de son entrée, nouvelle crise. Douleurs très violentes dans la région du foie. La vessie était vide, mais on sentit alors, immédiatement au-dessous de la partie moyenne de la paroi abdominale, à droite, une tumeur, dure, non fluctuante, s'avancant jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic. Cette tumeur suivait les mouvements de la respiration et se continuait directement avec le foie. Elle était accolée à la paroi

abdominale. On émit l'hypothèse d'une tumeur du foie ou plutôt de la vésicule biliaire.

Les jours suivants il survint du coma. L'urine devint de plus en plus rare, il se produisit des vomissements et le malade succomba le 11 mai.

Autopsie. — Au-dessous du lobe droit du foie, se trouvait une tumeur grosse comme le poing, qui avait déplacé le colon vers la ligne médiane, tout en lui restant accolé. Cette tumeur avait tous les caractères d'une hydronéphrose du rein droit. Malgré les recherches les plus minutieuses, on ne put découvrir la moindre cause à cette hydronéphrose. Le passage de l'uretère dans le bassin, au niveau de la vessie, était absolument lisse. On ne put déceler aucune anomalie d'insertion de l'uretère, aucune coudure à angle aigu, aucun obstacle valvulaire.

Le rein gauche était également hydronéphrotique. De ce côté l'uretère était normal et perméable.

Des deux côtés, il existait des lésions du parenchyme rénal.

OBSERVATION XXXVIII

B. Holmes. — *Journal of the American Medical Association* 1901. 21 juillet page 172.

M. C..., 35, ans aucune maladie durant l'enfance. Règles difficiles et douloureuses, elle devient nerveuse et impressionnable. Elle va habiter les Iles Sandwich, puis revient aux Etats-Unis. En 1895 accouchement suivi d'une légère infection puerpérale. A partir de ce moment tous les deux ou trois

mois, rarement tous les 10 ou 15 jours, douleurs abdominales violentes avec élévation de température, rarement des vomissements. La douleur débutait dans la région du pylore et s'irradiait dans le dos et les épaules. Durant une de ces attaques elle éprouva une douleur violente au point de Mac-Burney, ce qui fit faire le diagnostic d'appendicite. Une autre fois on sentit une tumeur dans cette région; on reconnut le rein droit déplacé. Aucun traitement n'avait amené de modification dans la fréquence ou la sévérité de ces crises.

En juin 1899 j'examine la malade. Femme robuste, rien de particulier. L'appendice xyphoïde était dévié de trois doigts. Elle avait eu antérieurement des crises de fièvre paludéenne.

Le sang avait 65 o/o d'hémoglobine, beaucoup de pigments mélanique. Urine un peu diminuée de quantité, 18 à 22 g. d'urée par jour, jamais d'éléments anormaux. Rien d'anormal à l'abdomen. On lui donne un régime laxatif doux, diète légère, beaucoup de quinine. Pas de crises durant deux mois. Un matin, douleur assez vive dans l'abdomen et les épaules. Température 99 F, pouls un peu accéléré. A l'examen on sent *dans la région vésiculaire une tumeur pas mobile* qui semblait être adhérente à la face inférieure du foie, qui se déplaçait à chaque inspiration ou expiration, peu sensible à la pression. On fait une piqûre de morphine, on applique des compresses chaudes, deux heures après la douleur et la tumeur avaient disparu. Cinq jours après, à la suite de quelques excès de table, une nouvelle crise qui débute par des vomissements. On sent la tumeur. Troisième attaque plus violente. Cette fois *ictère et présence de pigments dans l'urine*. Je pensais à des calculs engagés dans le canal cystique pour les raisons suivantes : 1^o douleur dans le dos et les épaules ; 2^o tumeur dans le dos et la vési-

cule ; 3° absence de tout signe d'affection rénale.

Opération. — Incision abdominale, vésicule normale, pas de calcul. Au niveau du rein droit une tumeur qu'on reconnut être un rein kystique. Le kyste avait envahi tout le rein ; je l'enlevai. Suites d'opération normales. Pendant quelques jours température à 99 F. Beaucoup de douleurs et vomissements. Urine rare mais normale. La malade guérit bien.

OBSERVATION XXXIX

M. Legueu. — *Crises intermittentes de rétention rénale avec ictère.*

H... Homme de 38 ans. Il rentre à l'hôpital Tenon en avril 1907 pour des crises douloureuses à répétition dans le flanc droit depuis quelques années. Ces crises revenaient tous les deux ou trois mois à la suite de fatigues, surtout le soir et après les repas et s'accompagnaient de douleurs dans le côté droit avec irradiation dans l'épaule, jamais dans l'uretère, en même temps qu'un ictère très intense. Dans l'intervalle la santé est bonne.

Le malade est examiné à la suite d'une de ces crises. Plus d'ictère, plus de fièvre, urines claires.

Examen. On sent à la face inférieure du foie, sur le bord externe du muscle grand droit, une tumeur régulière, arrondie, sensible à la pression, dont la matité se continue avec celle du foie, qui semble correspondre au fond de la vésicule biliaire. Cette tumeur suit les mouvements respiratoires du foie.

Le palper bi-manuel ne dénote rien de particulier dans la

région lombaire. L'attention est attirée du côté du foie à cause du siège de la tumeur, de ces douleurs irradiées dans l'épaule, l'ictère à toutes les crises et on fait le diagnostic de cholécystite ca'culeuse. Pas une minute on ne songe au rein. On surveille le malade quelques jours et on constate la diminution progressive de la tumeur. On décide une intervention.

Laparatomie sur le bord externe du muscle grand droit. Incision du péritoine. La vésicule biliaire est normale et la tumeur est rétro-péritonéale.

On s'aperçoit alors que c'est le rein distendu et on se met en devoir de pratiquer la laparatomie transpéritonéale. On fait la décortication et on enlève le rein non sans une déchirure de la poche rénale dans un point où il y avait beaucoup d'adhérences.

Epanchement de liquide légèrement louche dans la plaie. On referme l'incision.

Les jours qui suivent l'opération le malade a une réaction intense. L'infection péritonéale amène la mort en huit jours. La poche était une hydronéphrose.

Troisième Groupe d'observations

REIN MOBILE AVEC LITHIASE BILIAIRE

OBSERVATION XL

Roux, de Lausanne.

C. B..., 32 ans. 4 accouchements et un avortement, genul-
laire au cinquième mois. A sa dernière couche, janvier 1885,
immédiatement après la délivrance, elle ressentit dans le côté
droit des douleurs très fortes.

Juillet 1886, elle entre pour onze semaines à l'hôpital pour
«engorgement des ovaires». Castration à Berne en février 1887.
Dès lors elle se trouve assez bien jusqu'à janvier 1889, où les
douleurs du côté droit reparaissent avec une grande intensité
à la suite d'un catarrhe intestinal. En mars elle ressent dans
l'abdomen, des mouvements, qu'elle compare à ceux d'un
enfant dans la matrice et qui occasionnent de l'oppression.

Quand elle se couche elle sent un corps qui remonte jusque
sous le bord costal droit. Constipation habituelle avec alterna-
tive de diarrhée.

2 août 1889, abdomen mou avec fort pannicule.

Dans l'hypocondre droit, on sent une tumeur très mobile,
à surface unie de consistance ferme présentant la forme

et le volume d'un rein normal. Palpation douloureuse ; un essai de réduction est accompagné de douleurs.

Urine sans albumine ni sucre.

On diagnostique un rein mobile, douloureux, sans remarquer d'anomalie du côté de la vésicule biliaire. On décide de faire la néphropexie lombaire.

Opération le 3 août 1889. Incision ordinaire, pendant qu'un aide enfonce le poing sur la tumeur abdominale, on fixe le rein par des sutures.

La malade quitte l'hôpital le 23. Dès lors elle ressent de temps à autre quelque malaise d'estomac tandis que la douleur spéciale dans le côté droit semble avoir disparu.

Peu à peu ces malaises se changent en crampes et en vraies douleurs dans le creux épigastrique, après le repas, avec vomissements; plus tard ces symptômes se répètent tous les jours malgré un traitement approprié. La malade découvre sous le bord des côtes à droite une tumeur qui lui semble monter ou descendre. Elle dit avoir eu les yeux et la peau jaunes, à plusieurs reprises, sans véritable accès de jaunisse.

Elle entre de nouveau à l'hôpital le 26 novembre 1889. On sent au bord du foie, avec lequel la connexion n'est pas très nette, une tumeur arrondie, allongée, tendue, mais élastique plus grosse qu'un œuf. Elle est mobile, mais donne l'impression d'entraîner avec elle un point d'attache résistant.

Malgré le manque d'ictère on admet que la tumeur est la vésicule biliaire et on décide l'opération.

27 novembre 1889. Incision médiane sus ombilicale on attire facilement dans la plaie la tumeur qui a l'apparence d'une jeune hydrocèle avant l'énucléation. La membrane est très vascularisée, fine, et très tendue. C'est une hydropisie de la

vésicule dont la cause apparente est un gros calcul engagé et immobile à l'entrée du canal cystique. On perçoit la présence d'autres pierres. On isole la vésicule.

On ponctionne, puis on incise, il s'échappe un liquide semblable à de la glycerine. On voit s'échapper deux calculs le troisième reste enclavé par un anneau que l'on débride comme un col herniaire. Mais on ne peut passer de sonde dans le canal cystique, on excise la vésicule entière.

La malade quitte l'hôpital le 23 décembre, délivrée de ses douleurs.

OBSERVATION XLI

*Tischendorf. Calot. Thèse de Paris 1890-91, n° 52, p. 202.
Extirpation d'une vésicule calculieuse avec néphrorraphie.*

Femme 32 ans, tumeur mobile de la partie supérieure droite de l'abdomen ayant occasionné depuis six mois des violentes douleurs, des crises nerveuses empêchant tout travail.

Le diagnostic de la tumeur fut rein droit mobile ; à la partie supérieure, cette tumeur avait des dimensions doubles et on sentait là un noyau arrondi, mais non insoluble, mobile latéralement et pas en bas, mais ne se laissant pas repousser en haut vers les côtés (même sous le chloroforme) ; toute tentative dans ce sens était très douloureuse : affaiblissement et mélancolie considérables de la malade par suite d'insomnie.

Les renseignements n'indiquaient pas que ce deuxième noyau fut une vésicule biliaire malade, comme le siège semblait l'indiquer, en sorte qu'il était probable qu'il s'était formé

une tumeur maligne à la partie supérieure de rein mobile. L'opération fut décidée.

Laparatomie le 9 décembre 1886. Vésicule hydropique avec calculs ; un calcul gros comme une noisette dans le canal cystique. Du côté du conduit excréteur, par suite de processus confluent du rein, se trouvaient des adhérences péritonéales, dures et continues se dirigeant vers la région rénale, qui unisaient la vésicule hypertrophiée au rein mobile et gênaient la mobilité du rein déplacé. On isole et on fait une double ligature au canal cystique puis on extirpe la vésicule ; elle renfermait quarante-neufs calculs ayant jusqu'aux dimensions d'une cerise ; sa paroi avait par places une épaisseur de 4 c/m. Puis on fixa le rein mobile avec de forts fils.

Guérisson sans fièvre ni réaction ; depuis plus de douleur et le rein n'a pas quitté son siège normal depuis l'opération.

OBSERVATION XLII

Marwedel. — Beitrage zur Klin chirurgie.

Rein mobile et cholélithiase. Cholecystostomie avec néphropexie extra péritonéale par incision oblique intérieure.

R. H... 28 ans. A 18 ans ostéomyélite. Bientôt après anémie, palpitation, faiblesse ; en 1895, couches normales ; plus tard un prolapsus utérin. En 1900, avortement. Quelques jours après ells ressent pour la première fois des douleurs violentes du côté droit avec vomissements biliaires et léger ictère. Urine tantôt brun foncé tantôt claire. Pas de calculs dans les selles.

ces douleurs reviennent par crises assez rapprochées qui décident la malade à rentrer à la clinique le 18 février.

C'est une femme de taille moyenne, maigre, anémique. Pas d'ictère, langue chargée. L'abdomen est mou, flasque ; sensibilité à la pression dans la région de la vésicule biliaire où on sent une tumeur de la grosseur d'un poingt d'enfant, rugueuse, qui suivait les mouvements du foie pendant l'inspiration. Estomac un peu dilaté. Urine claire, ni sucre, ni albumine.

24 février. Ictère très fort, diarrhée.

6 mars. Crises de coliques très douloureuses qui se répètent presque tous les deux jours et qui me décident à une intervention chirurgicale.

Opération le 8 avril 1901. On examine à nouveau le malade avant l'anesthésie et on constate le rein droit très mobile qui avait son siège habituel sous le foie dans la région de la vésicule. L'ictère faisait prévoir la présence de calculs, mais comme on n'était pas sûr que l'affection ne soit pas due à la pression du rein sur les voies biliaires on se décida à une laparatomie avec incision transversale pour pouvoir faire la cholécystotomie et la néphropexie.

Incision transversale au-dessous de l'arcade costale. Au-dessous du foie, la vésicule biliaire remplie de liquide avec plusieurs *petits calculs*. Tout à fait en arrière de la vésicule biliaire et reposant sur elle, le rein droit qu'on pouvait facilement déplacer. On le fixe à la douzième côte. Puis on ponctionne la vésicule on en retire un liquide glaireux, et après incision on retire deux calculs de cholestearine blancs de la grosseur d'une cerise, un troisième calcul plus gros obstruait le canal cystique, mais on put l'extraire en le repoussant vers la

vésicule. Les parois de la vésicule étaient épaissies, on en resèque une partie, on draine et on referme.

Suites d'opération normales ; il s'établit une fistule biliaire dix jours après ; le 16^e jour on enlève le drain, le 26^e jour la malade se lève et quitte la clinique.

En mars 1902 la malade revient ; le rein droit est mobile et occasionnait de nouvelles douleurs. La malade se décide à une néphropexie lombaire. Elle est tout à fait guérie.

OBSERVATION XLIII

Marwedel. — Vésicule biliaire dilatée avec calculs. Rein mobile. Antelexion de l'utérus. Endométrite. Cholecystotomie. Transfixation du rein avec incision transversale antérieure.

L. K... 22 ans, entre à la clinique en mars 1900. Réglée à 18 ans, d'une façon irrégulière. Depuis deux ans vomissements continuels, bilieux, la première fois pendant 14 jours, puis se répétant tous les mois. Jamais de crises douloureuses. En octobre 1900 on avait constaté une tumeur dans la région ombilicale droite et on avait recommandé une opération à laquelle la malade ne se décide que maintenant voyant que son état empire.

Examen. — Femme de taille petite. Pas d'ictère. Sous le foie une tumeur de la grosseur d'une pomme qu'on ne peut pas bien délimiter. Abdomen mou et flasque. Ni albumine, ni sucre, ni pigments biliaires dans l'urine. Utérus petit en antelexion. Dysmenorrhée douloureuse. L'examen étant rendu difficile par la contraction des muscles de l'abdomen on le fait sous le chloroforme. On constate alors que la tumeur était le

rein droit caché sous le foie à côté de la vésicule biliaire et qu'on pouvait facilement déplacer dans la fosse iliaque droite et la région lombaire.

Diagnostic. — Rein droit mobile. Anteflexion de l'utérus. Dysmenorrhée. On se contente de la dilatation du col de l'utérus avec des bougies de Heggar, puis curettage.

Cependant l'examen avait montré deux fois seulement, avec beaucoup de difficulté il est vrai, que dans la région de la vésicule biliaire, à côté du rein droit mobile, il y avait une tumeur en forme de poire, très mobile, avec une pédicule qui partait de la face inférieure du foie. La tumeur vésiculaire était très peu douloureuse, le rein droit au contraire était très sensible à la pression. On corrigea le diagnostic de cette façon. Rein droit très mobile et douloureux. Hydropisie de la vésicule biliaire due à l'obstruction du canal cystique par un calcul (il est possible aussi que la pression du rein droit déplacé joue un rôle dans l'obstruction du canal cystique).

Opération le 12 avril. — Incision transversale au-dessous des côtes pour arriver en même temps sur la vésicule et sur le rein. La tumeur vésiculaire avait la grosseur d'un œuf d'oie, à pédicule très long et mince ce qui expliquait sa grande mobilité. Parois minces bleuâtres, par ponction on en retire un liquide visqueux, on incise et on enlève trois calculs de cholestéarine. On resèque une partie de la vésicule. Un calcul était engagé dans le canal cystique, on essaye sans succès de le retirer et on fait la cystocotomie, on draine la vésicule.

« Le rein mobile était situé très près derrière la vésicule biliaire », on pouvait facilement le déplacer dans la région lombaire. On fixa le rein de la façon suivante : Sur le pôle inférieur du rein on passa un fil de soie armé de deux aiguilles que

l'on fit ressortir à travers la peau sous la douzième côte, un autre fil sur le bord externe du rein qu'on attacha dans la région lombaire. Le rein est fixé exactement dans sa position normale. Il faut mentionner que cette fixation du rein précéda l'opération sur la vésicule biliaire et on a pu l'exécuter rapidement et à l'aise en cinq minutes. Le 18 mai la malade sort de l'hôpital. Je la revois en mars 1902. Le rein est bien situé et bien fixé, plus de douleurs.

OBSERVATION XLIV

Marwedel. — Hydropisie de la vésicule biliaire et cholelithiase. Rein mobile. Cholécystostomie. Nephropexie intra péritonéale par incision oblique antérieure.

M..., 32 ans. Il y a cinq ans vomissements avec douleurs très violentes dans l'abdomen, la région lombaire et la région inguinale droite ; quelquefois sensation comme si l'intestin se tordait. Depuis deux mois pas de douleurs aussi fortes. La menstruation devient très irrégulière ces derniers temps, tous les huit jours. Elle a diminué de 15 kilogs.

Actuellement c'est une femme de force moyenne, anémique. Pas d'ictère. La matité du foie commence au niveau de la 5^e côte et s'étend jusqu'à deux travers de doigts au-dessous des côtes. Sur la ligne mamillaire à trois travers de doigts en dehors de l'ombilic, on sent une tumeur de la longueur d'un doigt à surface lisse, de forme cylindrique qui correspond à la vésicule et qu'on peut déplacer facilement. En dehors on sent le rein droit très mobile et sensible, pas augmenté de volume. Les ovaires gauche sont douloureux. Un petit myome de l'utérus.

Opération, 18 juillet 1901.— Incision transversale au-dessous du foie. La vésicule biliaire est dilatée et a contracté des adhérences. Tout d'abord on refoule en haut le rein droit sous l'hypocondre et à travers la plaie on le fixe à l'aide de deux fils qui sont placés l'un au niveau du pôle supérieur, l'autre sur la convexité du rein ; on les fait sortir à travers la peau dans la région lombaire et on les noue sur un bourrelet de gaze. Puis on libère la vésicule de ses adhérences, on ponctionne un liquide visqueux et on retire une cuillerée de calculs brisés et ramollis. On enlève un calcul de la grosseur d'une noisette qui était engagé dans le canal cystique. Sur la paroi inférieure on trouve une cicatrice provenant d'une perforation ancienne. Résection de 4 centimètres de la vésicule.

La malade quitte l'hôpital le 30 juillet, son état est satisfaisant et le rein bien fixé.

Novembre. Après sa sortie de l'hôpital elle est restée quatre semaines au lit. Les douleurs dans la région du foie ont complètement disparu. Elle rentre de nouveau pour une salpingo-ovarite double. Extirpation des annexes. Guérison. Le rein droit est un peu mobile.

OBSERVATION XLV

Marwedel. — Appendicite. Cholelithiase. Rein droit mobile. Triple opération radicale par incision longitudinale antérieure.

B. G., 30 ans, neuf enfants. En novembre 1900 subitement, elle fut prise de douleurs violentes dans le côté droit, au niveau de la région ileo-caecale. Le médecin avait senti un peu de

gonflement à cet endroit. Diarrhée légère. Reste couchée pendant neuf jours avec des compresses chaudes. Les douleurs n'ont jamais disparu complètement, la malade ressent encore une sensation de tiraillement dans la région du cœcum.

Juin 1901, crise semblable. Vomissements, douleurs plus violentes, cessent un jour pour reparaître plus intenses le lendemain. Température 39°. Application de glace puis de compresses chaudes.

C'est une femme petite, un peu anémique, bien constituée. Abdomen flasque, le foie n'est pas agrandi, douleur à la pression au niveau de la vésicule biliaire. Dans la région ileo-cœcale on sent un empatement diffus, la palpation est douloureuse, surtout au point de Mac-Burney. Le rein droit est très mobile. Légère rétroflexion de l'utérus. Urine acide, un peu trouble, ni albumine, ni sucre.

Diagnostic clinique. Appendicite chronique, cholelithiasie ? Rein droit mobile.

Opération. 16 août 1901. — Incision longitudinale sur le bord externe du muscle grand droit. L'appendice est libéré de ses adhérences et enlevé. Ensuite on examine la vésicule et le rein. Le rein droit est abaissé et situé un peu en avant, tout près derrière la vésicule biliaire, on pouvait le pousser facilement dans la région lombaire. La vésicule était dilatée et remplie de calculs. On la libère de ses adhérences, on l'ouvre et on enlève 23 calculs gros comme des haricots ; 7 gros comme des noix, jaunâtres, à facettes, formés de cholestérine. Un calcul était engagé dans le canal cystique. La bile était épaisse et brune. On draine et on referme. Puis on fait la transfexion du rein.

Suites d'opération normales. La malade est bien guérie.

OBSERVATION XLVI

Morris. — Hydropisie de la vésicule biliaire, traitée pour un rein mobile. Cholécystotomie.

S..., 42 ans. Soignée pour rein mobile droit et portait un corset. Elle avait eu une crise de douleurs violentes la veille au repas. On constata une tumeur dure, longue, mobile, qui semblait attachée à la face inférieure du foie. En examinant cette tumeur on sentait en arrière le rein. Mobile de haut en bas mais pas latéralement à cause de la tumeur. Douze ans auparavant la malade avait eu une crise semblable. Une seconde deux ans après et les autres tous les deux ans. Pendant quelque temps la douleur avait été continue, plus violente au moment des règles. Constipation habituelle.

Opération. — Incision sur la tumeur. On ouvre la vésicule, il s'en échappe du mucus épais en même temps que deux calculs. La vésicule est fixée aux parois de la plaie. Une fistule persista pendant assez longtemps. Malade en très bonne santé.

OBSERVATION XLVII

Morris.

British Medical journal 1895, février page 240

Cholécystotomie pour hydropisie de la vésicule biliaire. Cholecystotomie pour calcul. Néphrorraphie du rein droit.

M. E..., 48 ans. Depuis longtemps souffrait de mictions fréquentes et douloureuses. Depuis dix ans teintes subictériques

mais jamais d'ictère franc ; douleurs abdominales et on avait senti une tumeur dans le côté droit de l'abdomen et la région rénale droite. Mais cette tumeur a disparu. L'urine normale. Rien pour faire penser à des calculs. Le siège de la douleur avait toujours été la tumeur mobile. Aucun signe d'hydronéphrose intermittente. C'était une tumeur large et mobile dans la région lombaire et iliaque droite qui ne suivait pas les mouvements respiratoires. Les contours n'étaient pas uniformes. Le foie était très gros et descendu, empêchant de sentir nettement la tumeur. Je sentais très bien le rein mobile, je n'étais pas sûr que la douleur était complètement rénale. Je l'examinai à nouveau la veille de l'opération et arrivai à conclure que la tumeur était un rein mobile avec hydronéphrose caché en partie par le foie très descendu.

Opération 23 février. — Incision lombaire ; j'arrive sur le rein qui est tellement mobile qu'on a peine à le saisir. Il est d'un volume normal. Je sentis à la partie supérieure de l'uretère un calcul de la grosseur d'une noix. Cependant en cherchant au fond de la plaie il s'échappa un peu de liquide gélatineux et on vit un véritable calcul. On fut alors fixé sur la nature de la tumeur. On referma l'incision lombaire par quelques sutures provisoires.

Incision abdominale. On découvre la face antérieure du foie très abaissé. On découvre également une vésicule biliaire grosse comme une orange. Ponction. Il s'écoule beaucoup de liquide visqueux mais pas de calcul. On rompt les adhérences de la vésicule avec le grand épiploon et le colon transverse et on sentit dans le canal cystique le calcul enclavé, qui fut enlevé. Drainage de la vésicule. Puis je fixai le rein aux muscles profonds du dos et refermai la plaie lombaire. Le malade est guéri

complètement le 29 mars. Depuis il se porte très bien.

OBSERVATION XLVIII

Schwartz. — *Société de chirurgie*, 13 mai 1896, p. 382.

Femme de 57 ans. Menopause à 52 ans. Aucun antécédent notable. Elle ne souffre que depuis six mois. Le début a été caractérisé par des maux d'estomac très violents, puis surviennent des douleurs dans le flanc droit avec des irradiations aux lombes, vers les épaules, surtout la droite. Elle n'a vomi que deux fois de la bile pendant ses crises ; jamais d'ictère appréciable. C'est, il y a quelques mois, peu après le début des accidents, qu'elle s'est aperçue qu'elle portait une tumeur dans le flanc droit, qui, d'après elle, augmente et diminue. Chaque fois qu'elle a augmenté elle a beaucoup souffert ; cela à trois reprises environ. Actuellement elle souffre de pesanteur à droite ; elle a un dégoût complet des aliments et en particulier des aliments gras ; elle urine près de deux litres par jour sans qu'il y ait d'albumine dans ses urines. Elle est au régime lacté depuis quelques semaines.

Nous constatons dans le flanc droit et dans l'hypocondre la présence d'une tumeur grosse comme le poing et dont la matité se continue avec celle du foie et qui subit les mouvements de la transpiration ; elle est mobile transversalement, mais aussi de bas en haut et de haut en bas ; elle fait saillie aussi bien en avant sous le foie qu'en arrière dans la région lombaire, et on perçoit nettement la sensation du ballottement rénal. Deux lavements gazeux nous montrent que la tumeur est encadrée par le colon transverse et l'angle du colon ascendant.

L'examen répété à plusieurs reprises, nous montre que la tumeur occupe des niveaux différents, que tantôt elle est comme dure et bosselée en avant, tantôt rénitente et donnant la sensation d'une masse liquide. Malgré l'absence de coliques hépatiques, d'ictère, nous pensions à une tumeur de la vésicule biliaire distendue par des calculs et du liquide, et nous nous disposions à faire la laparotomie, quand sous le chloroforme, avant l'opération, nous constatons manifestement, les parois étant relâchés, qu'il s'agit d'un rein ectopié arrivant juste près de la crête iliaque. Séance tenante nous pratiquons l'incision lombaire, tombons en effet sur un rein un peu hypertrophié qui descend jusque dans la fosse iliaque ; son exploration nous démontre qu'en avant de lui et dans la cavité abdominale existe une seconde tumeur qui lui adhère, qui suit tous ses mouvements, qui est fluctuante par places, dure en d'autres et que nous pensons devoir être la vésicule biliaire altérée. Le rein est rapidement fixé par quatre gros catguts et la plaie lombaire refermée et drainée. Comme l'intervention n'a pas duré plus de trente minutes, nous sommes d'avis de faire séance tenante la laparotomie latérale et d'aller à la recherche de la tumeur vésiculaire.

Incision sur le bord externe du muscle droit ; nous arrivons presque aussitôt sur la vésicule biliaire démesurément allongée (elle a 12 centimètres), elle adhère par sa face antérieure à l'épiploon qui en est détaché par sa face postérieure au rein droit qu'on libère facilement.

Comme elle a son pédicule mince, que ses parois sont très épaisses, après avoir exploré le canal cystique et avoir reconnu son intégrité, ainsi que celle des voies biliaires profondes, nous procédons à la cholécystectomie. Deux ligatures, l'une en soie,

l'autre en caillant sur le pédicule, le foie étant bien relevé, après détachement très facile des adhérences à la fosse hépatique. Cautérisation du pédicule au thermocautère.

La vésicule ouverte contient six calculs à facettes, gros comme des noisettes et plus, outre cela de la bile altérée. Les parois sont très épaissies et chroniquement enflammées.

Drainage du pédicule à l'aide d'une mèche de gaze iodiformée : fermeture de la paroi par deux points de sutures, soies et crins de Florence. L'opération a duré en tout 1 h. 1/2 au plus.

Pendant 48 heures tout se passe bien; puis subitement en 20 minutes la malade meurt dans un état syncopal.

L'autopsie montre le péritoine intact; le pédicule à bien tenu. Nulle part de collection sanguine. Le rein est en bonne situation. Par contre il existe une énorme dilatation de l'estomac dont la grande courbure descend à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic. Le cœur est gros, ses valvules sont dures, épaissies par l'endocardite. Il existe un épanchement dans le péricarde. En somme cette malade a succombé à une lésion cardiaque qui nous avait échappé.

OBSERVATION XLIX

Brin.

Femme de 50 ans, observée dans le service du professeur Quenu, 18 -. Cette femme souffrait depuis longtemps de crises gastriques très violentes, revenant surtout après les repas, parfois suivies de vomissements.

L'examen nous apprend les faits suivants : Femme très

amaigrie, très pâle, sans ictère, présentant une paroi abdominale très flasque et de plus largement éventré. Le rein droit est extrêmement abaissé et jouit d'une mobilité transversale et verticale excessive : il est douloureux quand on l'enuclée entre les doigts.

Il y aurait eu à plusieurs reprises des *mictions très abondantes succédant à une anurie relative*. Les urines examinées ne contenaient pas de pigments biliaires.

Je pensai au rein mobile déterminant des troubles douloureux et dyypeptiques.

M. Sebileau sans nier l'importance du rein mobile, fut d'avis d'agir indirectement sur lui en rétablissant la paroi abdominale, en faisant une véritable sangle naturelle par la cure radicale de l'éventration. La laparatomie fut donc pratiquée, mais, avant de refaire les flans de la paroi, M. Sébileau eut la curiosité de passer la main sur les divers organes du ventre et il en fut récompensé par la découverte d'une vésicule biliaire bourrée de calculs qui fut immédiatement enlevée. L'éventration fut ensuite traitée. Je passe sur les suites de l'opération qui furent des plus simples.

La malade se rétablit vite, put manger sans douleur. Ses crises ne revinrent plus et cependant son rein se promenait toujours.

OBSERVATION L

Brin.

Femme de 45 ans, opérée le 20 mars à ma maison de santé. Elle souffre de l'estomac depuis de longues années, mais, depuis

deux ans surtout, les crises reviennent après tous les repas, tenaces, cruelles, irradiant dans tout le ventre, surtout du côté droit. Les irradiations s'étendent jusqu'à la cuisse droite et, à plusieurs reprises, dans l'épaule du même côté. La malade vomit de temps à autre ses aliments. Elle a maigri beaucoup. Je la trouve, à mon premier examen, *un peu jaune* ; mais elle prétend avoir toujours été ainsi. Elle est très maigre et très facile à examiner. L'inspection ne décèle rien. La palpation est douloureuse, un peu dans l'épigastre, beaucoup dans l'hypocondre droit, où on sent une tuméfaction. Le palper bimanuel dénote un ballottement très net de cette tumeur qu'on peut faire remonter assez facilement. Elle est sonore à la percussion. C'est manifestement le rein droit qui est abaissé et mobilisable. Mais, en outre, le foie est certainement abaissé, comme le montre la palpation mieux que la percussion. Les reflexes sont exagérés. La malade, qui est une nerveuse, a un goître, un peu de fixité dans le regard et un pouls constamment à 125, 130.

Les selles sont normales comme coloration. Les urines n'ont que des traces insignifiantes de pigments biliaires.

Mon diagnostic flottait entre plusieurs hypothèses : j'hésitais entre un rein mobile, une affection hépatique ou pylorique.

La présence du rein mobile, bien constatée par moi, pouvait suffire à expliquer tous les symptômes, même la présence de quelques pigments biliaires, mais la répétition des douleurs constamment après les repas, toujours sous forme de crises, sans diminution de la quantité des urines, me paraissait plutôt en rapport avec une affection pylorique.

Cette dernière hypothèse ne me satisfaisait pas non plus tout à fait car les vomissements n'avaient jamais été très abon-

dants, et je pensais plutôt à une tumeur du foie ou de la vésicule biliaire comprimant le foie et le duodenum.

Comme la tumeur, un peu douloureuse siégeait tout à fait dans l'hypocondre droit, je me décidai pour une laparatomie latérale, résolu, si je ne trouvais rien à faire de ce côté, à fermer immédiatement pour pratiquer de suite la nephropexie lombaire.

Je tombai sur un foie très abaissé, son bord antérieur, facile à attirer dans la plaie, cachait complètement une vésicule pourtant dilatée, et cette vésicule contenait un fort calcul. Je fis la cholécystectomie.

La vésicule, absolument plaquée contre le foie, fut d'abord ponctionnée et ensuite décollée, puis sectionnée et liée au niveau du canal cystique. La seule difficulté de l'opération fut une hémorragie abondante du foie.

La paroi fut refermée par trois pans de suture et un drain fut laissé sous le foie, par crainte d'une hémorragie. Le calcul est gros comme une petite noix.

Les suites furent absolument simples et la malade se levait le dix-septième jour, mangeant de tout, ne souffrant plus et absolument satisfaite de son sort.

Pourtant son rein droit est mobile comme me l'ont fait constater d'abord l'examen clinique, ensuite l'exploration intra-abdominale.

OBSERVATION LI

Reymond. — Revue de chirurgie 1900.

M^{me} J. C... 38 ans, 5 enfants, entre le 3 décembre 1899 à

l'hôpital de Sèvres. Ses antécédents héréditaires n'offrent rien d'intéressant au sujet de sa ptose rénale et de sa lithiase biliaire. Elle se rappelle seulement quelques douleurs après les repas. Il y a deux ans elle fait un avortement tubaire et est opérée. Trois mois après ses règles reviennent et elle reste bien portante jusqu'en septembre dernier.

A ce moment elle est prise « de très vives douleurs dans le flanc droit » à la suite d'une grande fatigue. Mais son état s'aggrave et elle entre à l'hôpital. L'aspect de la malade est inquiétant. Température 39°, pouls irrégulier, facies grippé, mais « pas trace d'ictère. » Elle ne peut supporter aucun aliment et vomit à chaque instant ; elle urine très peu depuis plusieurs jours ; ses urines sont claires et ne contiennent pas d'albumine. Les douleurs siègent dans l'hypocondre et le flanc droit mais se traduisent parfois par des élancements qui, d'une part, descendent le long du trajet de l'uretère, d'autre part remontent jusque l'épaule droite.

Le ventre est ballonné et d'une sensibilité telle que l'exploration en est difficile. Toutefois nous constatons un certain nombre de « symptômes physiques dont les uns paraissent se rapporter à la vésicule biliaire et les autres au rein droit.

« Au niveau de la vésicule » on limite par le palper une tumeur dure, irrégulière, paraissant peu profonde. A la percussion matité bien nette continue avec celle du foie. Palper et percussion permettent de limiter ainsi la tumeur : en bas elle descend à deux travers de doigt au-dessous d'une horizontale passant par l'ombilic. En dedans elle va jusqu'à la ligne médiane ; en dehors ces limites sont moins précises.

La tumeur a une forme de poire à grosse extrémité inférieure. Elle paraît se déplacer pendant les mouvements respi-

ratoires. Le bord inférieur du foie paraît légèrement abaissé.

La main qui dépasse en dehors et en bas les limites de cette tumeur tombe sur une seconde masse de consistance plus homogène paraissant située en arrière de la première et la débordant en dehors et en bas. On apprécie assez aisément les limites de cette tumeur ayant la forme d'un rein très augmenté de volume et dépassant en bas la crête iliaque.

Ajoutons du reste que rien au cours de cet examen ne nous permit de croire qu'il s'agissait de deux tumeurs indépendantes les deux masses ne se déplaçant pas l'une sans l'autre et donnant l'impression d'une tumeur bilobée.

Diagnostic. — La tumeur sentie en avant, au-dessous des fausses côtes, nous fit penser de suite à une vésicule distendue mais l'absence d'ictère, d'antécédents de lithiase, la forme du rein si nettement perçue dans le flanc droit, son ballottement, les caractères de douleur rappelant surtout celles des coliques néphrétiques, les phénomènes d'oligurie enfin étaient en faveur d'une distension rénale. La température pouvait, d'autre part, faire penser que le contenu du rein était infecté, et l'état de la malade commandait une intervention immédiate.

Nephropexie. — Incision lombaire ; le rein est presque doublé de volume et présente une coloration foncée ; au devant du rein on sent une tumeur qui ressemble à la vésicule biliaire distendue.

Le rein fut dégagé puis remis en place et fixé à la dernière côte.

L'exploration de la vésicule fut dès lors plus facile ; toutefois il nous sembla que toute intervention faite par cette voie devait être pénible ; la vésicule restait assez éloignée ; son

ouverture au fond de ce puits eut été d'autant plus dangereuse que son contenu avait chance d'être septique.

N'étant pas préparés à pratiquer immédiatement une laparotomie, nous nous contentâmes de fixer le rein à la paroi et de refermer celle-ci laissant un drain derrière la vésicule.

Ce retard dans l'intervention sur la vésicule nous permit de constater que les symptômes fonctionnels présentés par la malade correspondaient bien au déplacement du rein. Les douleurs, en effet, cessèrent pour ne plus se reproduire ; la malade dès le soir urinait abondamment ; la température descendait à 38°.

Le rein reprenait rapidement son volume normal, le drain et les crins étaient enlevés au bout du septième jour.

«La cholécystostomie» est pratiquée sept jours après la néphropexie, nous trouvons la vésicule très distendue, adhérente aux parties voisines ; ces adhérences sont toutefois faciles à détacher.

La vésicule est ponctionnée, il s'écoule 60 grammes d'un liquide purulent, de teinte foncée, puis on l'incise de haut en bas ; nous en retirons quatre calculs, dont un ayant la forme d'un œuf, 4 centimètres de long et 3 centimètres d'épaisseur.

A partir de l'opération l'état de la malade ne cesse d'être excellent ; la température est normale dès le lendemain, elle se maintient à 37° à partir de ce moment.

Depuis lors, elle n'a cessé de se bien porter, elle ne souffre plus, a repris de l'appétit et a engraisé.

OBSERVATION LII

Hartung.— *Beitrag zur Chirurgie der Wanderniere.*

I. H., 31 ans pas d'enfant. Depuis 7 ans, douleurs lancinantes dans les deux hypocondres. Il y a cinq ans on a constaté le rein droit mobile et on ordonna une ceinture qui ne procura aucun soulagement. Depuis elle a eu cinq crises de douleurs violentes à la partie supérieure droite de l'abdomen. Pas d'ictère, ni émission de calculs, ni modification des urines. Dans la face inférieure du foie apparaît une tumeur de forme rénale.

Opération. Incision abdominale oblique. Décortication du rein sur une surface de trois centimètres. Six points catgut passent à travers le parenchyme pour fixer le rein aux muscles de la région lombaire.

Quatorze jours après l'opération, violente crise de coliques hépatiques avec ictère. Comme les crises deviennent plus fréquentes, on fait la cholédocotomie et on enlève un calcul de la grosseur d'un pois.

OBSERVATION LIII

Hartung.

J. Kl., 41 ans, tertipare. En 1898, la malade avait éprouvé des douleurs intermittentes dans la région vésiculaire.

Opération pour calculs biliaires. — Malgré cette opération elle ressent des douleurs analogues à des pesanteurs, dans la

région du foie, pendant qu'elle se tenait debout ou qu'elle travaillait. Vomissements fréquents.

Le rein droit est mobilisable, un peu douloureux. Pas de modification des urines.

Néphropéxie lombaire. Quelques jours après la malade quitte l'hôpital.

Etat de la malade 7 ans après. Les deux reins sont mobiles. Entéroptose généralisée.

CONCLUSIONS

1° Dans le rein mobile et l'hydronéphrose, à droite on peut observer des symptômes de rétention biliaire par l'obstruction consistant en ictère, coliques hépatiques, dilatation de la vésicule biliaire.

2° Les symptômes hépatiques peuvent être dûs exclusivement à l'affection rénale, sans qu'il y ait d'affection hépatique et notamment sans calcul biliaire.

3° Ces troubles peuvent s'expliquer par une obstruction légère des voies biliaires, due soit à la compression des voies biliaires par le rein, soit à la compression du duodenum par le rein, soit enfin au tiraillement des voies biliaires par l'intermédiaire des ligaments péritoneaux qui s'attachent au devant du rein.

4° Les symptômes hépatiques au cours du rein mobile et de l'hydronéphrose peuvent aussi être dûs à une lithiase biliaire concomitante. Cette lithiase peut être primitive, il n'est pas impossible qu'elle soit parfois secondaire à l'obstruction biliaire provoquée par le rein.

5° Il faut, chez la femme surtout, explorer soigneusement le rein droit dans tous les cas d'obstruction biliaire.

6° Si le rein est très mobile et si l'existence des calculs est douteuse, on commencera par traiter le rein mobile, soit par

fixation, soit en faisant porter une ceinture, si les troubles biliaires persistent, il faudra explorer chirurgicalement la région biliaire.

7° S'il existé des calculs, il faudra intervenir sur les voies biliaires et après avoir enlevé les calculs et fait le traitement indiqué par les lésions des voies biliaires on aura le choix entre plusieurs méthodes: faire la néphropexie par voie antérieure en transposant le rein; faire la néphropexie lombaire; ou se contenter de faire porter une sangle

8° Dans les cas d'hydronéphrose, on interviendra d'abord sur le rein si la présence de calculs est douteuse dans les voies biliaires; au contraire si la présence de calculs paraît certaine on interviendra d'abord sur les voies biliaires.

Vu le Président de la thèse
S. POZZI.

Vu le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer.
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Etude sur le rein mobile. Analyse des organes génito-urinaires, 1895.
- ALGLAVE. — Disposition vicieuse du colon ascendant. Revue chirurgicale, 10 Décembre 1904.
- BAKER. — Opération for movable, Kidney. New-York, méd. Rec. 1892.
- BARTHET. — Rein flottant et complications. Thèse de Bordeaux, 1894.
- BOUCHARD et DUJARDIN-BAUMETZ. — Considérations générales sur le traitement des maladies du foie. Paris, 1893.
- BRIN. — Observations de pratique chirurgicale 1905.
- BROCHIN. — Rein mobile. Gaz. hôpitaux, 1854.
- BRUHL. — Le rein mobile. Gaz. hôpitaux, 1892.
- BURGHARD. — The association of jaundice. British. med. journal, 1892, Ed. I.
- CALOT. — De la cholecystectomie. Thèse, Paris 1891.
- CORDIER. — American journal of obstetrics, N. Y. 1896. t. XXXIV, p. 532-541. Kansas City. M. Rec. 1896, XIII.

- CUILLERET. — Etude clinique sur l'enteroptose Gaz. Hôp.
Septembre 1888.
- DEBOVE. — Presse médicale 1904, t. I, p. 289.
- DELANEY. — Virginia XX. Semi-Month. Richmond
1905-06, X, 390.
- DELAFIELDER et BULL. — American journal of obstetries
1991, ii.
- FAURICHON. — Contribution à l'étude de l'hydronéphrose
intermittente. Th. Paris, 1892.
- FENWICK. — A case of gaundice due to floating Kidney.
Lancet 1899. vol. II.
- FIORI. — Considerazioni cliniche sopra 30 casi di
nephropessi. — Il polyclinico Roma, chirurgicale,
N° 7, 1906, vol. XIII.
- FISCHER. — Sammel referat über wanderniere. — Central.
f. die grenzgebiete 1898. IBd.
- FURBRINGER (dans Terrier et Baudouin). — Hydronéphrose
intermittente à droite. — Diagnostie différentiel
entre la dilatation de la vésicule lithiasique et
l'hydronéphrose à droite. Annal. gén. Urin., mai
1895.
- GALLANT. — Movable Kidney ui the genesis of bile duet
disease. New-York. méd., p. 1905.
- GODLEWSKI. — Les manifestations digestives dans les
ptoses rénales. Th. de Montpellier 1905.
- GLÉNARD. — Les études viscérales 1899.
Rein mobile 1896.
Ptose viscérales 1894.
- GUYON. — Bulletin et mém. d'Acad. de Médecine, février
1889.

- GUETIÉ. — Ictère par suite de néphroptose, *Gaz. Hôp.*, 1895.
- HALE WHITE. — *British. méd. jour.* 1892, Bdi.
- HARE (dans Terrier et Baudouin). — Hydronéphrose intermittente. Paris 1891.
- HARTUNG. — *Beitrage zur chirurgie der Wanderniere* 1910.
- HOLMES. — *Journal of the Amer. med. Associat.*, juillet 1901.
- HUTCHINSON. — *The Praetitioner* 1902, LXVIII, p. 180.
- LANDAU. — *Die Wanderniere der Franen*, Berlin 1883.
- LANGENBUCH. — *Chirurgie der Leber und Gallenwege*, Lief. 45, c. der *Deutscher chir.* 1897.
- LAWRIE. — *Brit. Med. jour.*, 1901.
- LEGUEU. — *Traité chirurgical d'Urologie*. Paris 1910.
- LITTEU et STILLER. — *Wiener méd. Woher* 1889. Zur Patagenis des Ictérus. *Charité Armallin.* Bd VI, 1889.
- LINDNER. — *Der Frauenarzt*, II, 1887. *Deutsche med. Wochenschrift* 1884.
- MAC-LAGAN. — *Lancet* 1900, janvier.
- MARTIN. — B. Tinker, *Journal. Amer. med. Associat.*, Chicago, 1907, XLIX, p. 124.
- MARWEDEL. — *Beitrage zur Klin-Chirurgie* 1902, Bd, 34, p. 479.
- MATHIEU Albert et Ch. ROUX. — *Maladies de l'appareil digestif. Notes de clinique*. Paris 1904. Etude clinique sur le rein mobile. *Soc. med. des Hôp.* 1893.
- MORRIS. — Confusion clinique entre la vésicule distendue et le rein mobile. *Brit. med. jour.* 1895. Bd, I.

